

ECAPC-VIH_CSP: PERCEÇÃO DE
COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE CSP NO
CONTROLO DA INFEÇÃO VIH /SIDA:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO
DE MEDIDA

ECAPC-VIH_CSP: PERCEPTION OF SKILLS OF
PRIMARY HEALTH CARE NURSES IN CONTROL
OF HIV/AIDS INFECTION: COSTRUCTION AND
VALIDATION OF MEASURING INSTRUMENT

Inês Maria Novais Soares de Lima

Porto, 2019

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

TÍTULO DO TRABALHO: ECAPC-VIH_CSP:
Perceção de Competências dos Enfermeiros de
CSP no Controlo da Infecção VIH /SIDA:
Construção e Validação de Instrumento de
Medida

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e
coorientada pelo Mestre João Rodrigues

Autor: Inês Maria Novais Soares de Lima

Porto, 2019

DEDICATÓRIA

Para a minha avó que sempre acreditou em mim.

AGRADECIMENTOS

Nada se conquista sem esforço pessoal, entrega e determinação. Contudo, por não caminharmos sós, este caminho só se completa com o apoio incondicional daqueles que nos precingem.

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela sua determinação, carinho, profissionalismo e incentivo para não desistir.

Ao Enfermeiro João Rodrigues.

À Professora Doutora Manuela Ferreira por toda a disponibilidade, paciência e compreensão.

Ao Diogo.

Aos profissionais inseridos no grupo de peritos pelo interesse, disponibilidade e preocupação demonstrados.

A todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar neste estudo.

À Rute e à Elda pela amizade, companheirismo e perseverança que me transmitiram.

A toda a minha família pela preocupação demonstrada e pelo encorajamento constante através de palavras de força e ânimo.

Ao Bruno pela paciência, amor, incentivo, e pela confiança que tem em mim.

E por último, à Francisca, à Benedita e à Carolina pela compreensão perante as ausências da mãe e pela força dos abraços, principalmente nos momentos de maior incerteza.

RESUMO

Desde a descrição clínica da infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) em 1981 até à atualidade, foram alcançados grandes progressos através do crescente nível de conhecimento científico deste vírus, a diversidade de testes laboratoriais cada vez mais sensíveis e específicos, assim como progressivas respostas terapêuticas. Contudo, ainda escasseia a cura para a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA).

Objetivando a redução da incidência a nível nacional face ao número de novas infeções por VIH, pelo aumento da prevalência relativa ao número de pessoas que vivem com VIH e com o aumento significativo da quantidade e qualidade de vida dos infetados, mantém-se como mandatária a constante implementação de estratégias preventivas nomeadamente a consciencialização e capacitação da população para o diagnóstico precoce e prevenção de uma infeção que, a nível nacional, em 2017, se traduziu em 1068 novos casos notificados, correspondendo a uma taxa de 10,4 novos casos de infeção por 10⁵ habitantes.

Encarando os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde (SNS) para os indivíduos, famílias e comunidade, assim como, reconhecendo o papel do Enfermeiro de Família para o efetivo controlo desta infeção, torna-se essencial avaliar a perceção das suas competências, fruto não só do conhecimento adquirido, mas também das suas características pessoais, face à prevenção e controlo desta infeção nos seus contextos de trabalho.

Porém, após pesquisa científica, verificou-se a inexistência de instrumentos que se proponham a tal avaliação. Deste modo, o presente estudo, objetiva a criação e validação de uma escala de avaliação da perceção dos enfermeiros dos CSP face às suas competências no controlo da infeção por VIH.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional de natureza quantitativa, cuja amostra corresponde a 125 Enfermeiros a exercer funções em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), em todos os ACES pertencentes à Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte). Foi operacionalizado a partir da elaboração de uma escala, sua validação e avaliação das suas propriedades psicométricas.

Para validação de conteúdo, foi considerado um grupo de peritos que realizou uma avaliação dos diferentes itens do instrumento, onde posteriormente as inferências foram processadas a partir de um coeficiente de percentagem de concordância e os comentários e sugestões confrontados com a literatura na área. Deste trabalho, resultou um objeto de estudo com 19 questões com uma escala tipo Likert (1-7).

Os dados foram tratados através de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25,0 para o desenvolvimento de análise fatorial exploratória.

Palavras-Chave: Competências dos Enfermeiros; Controlo do VIH/SIDA; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRAT

From the clinical description of human immunodeficiency virus (HIV) infection in 1981 to the present, great progress has been achieved through the increasing level of scientific knowledge of this virus, the diversity of increasingly sensitive and specific laboratory tests, and progressive responses. Therapeutic However, the cure for Acquired Human Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is still scarce.

With a view to reducing the incidence at national level of the number of new HIV infections, by increasing the prevalence relative to the number of people living with HIV and by significantly increasing the number and quality of life of those infected, constant implementation of preventive strategies such as raising awareness and training of the population for the early diagnosis and prevention of an infection which, in 2017, translated into 1068 new cases reported, corresponding to a rate of 10.4 new cases of infection. per 105 inhabitants.

Facing Primary Health Care (PHC) as the first level of contact with the national health system for individuals, families and the community, as well as recognizing the role of the Family Nurse in effectively controlling this infection, is essential. to evaluate the perception of their competences, fruit not only of the acquired knowledge, but also of their personal characteristics, in face of the prevention and control of this infection in their work contexts.

However, after scientific research, it was verified the inexistence of instruments that propose such evaluation. Thus, the present study aims to create and validate a scale for assessing the perception of PHC nurses regarding their competences in controlling HIV infection.

This is an exploratory-descriptive study of quantitative nature, whose sample corresponds to 125 Nurses working in the context of Family Health Unit (USF) or Personalized Health Care Unit (UCSP), in all ACES belonging to the Administration Northern Health Regional (ARS Norte). It was operationalized from the elaboration of a scale, its validation and evaluation of its psychometric properties.

For content validation, we considered a group of experts who performed an assessment of the different items of the instrument, where subsequently inferences were processed from a percentage of agreement coefficient and comments and suggestions compared to the literature in the area. This work resulted in a study object with 19 questions with a Likert scale (1-7).

Data were processed through Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 25.0 for the development of exploratory factor analysis.

Keywords: Nurses' Competences; HIV / AIDS control; Primary Health Care.

ABREVIATURAS / SIGLAS

α - Alfa de Cronbach

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS, IP - Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público

ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte

ARV - Antirretroviral

Cit. in - Citado em

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Desvio Padrão

ECAPC-VIH_CSP - Escala de Avaliação da Perceção de Competências dos Enfermeiros, em contexto de CSP no Controlo da Infecção VIH/SIDA

Et al. - e outros

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IST- Infecções sexualmente transmissíveis

M - Média

n - Amostra

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Significância Estatística

p. - Página

PPE - Profilaxia Pós-Exposição

PrEP - Profilaxia Pré Exposição

PTS - Programa Troca de Seringas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TAR - regime terapêutico antirretroviral

TB - Tuberculose

VIH - Vírus de imunodeficiência humana

VIH-1 - Vírus de imunodeficiência humana de tipo 1

VIH-2 - Vírus de imunodeficiência humana de tipo 2

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDI - Utilizadores de drogas injetadas

USF - Unidade de Saúde Familiar

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

% - Percentagem

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	1
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1 Infecção por VIH	3
2.2 Medidas de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA nos CSP	6
2.3 Competências do Enfermeiro de Família para o Controlo da Infecção por VIH.....	17
3.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	23
3.1 Justificação do Estudo.....	23
3.2 Finalidade e Objetivos.....	24
3.3 Tipo de Estudo	24
3.4 População e Amostra	25
3.5 Instrumento de Colheita de Dados	25
3.5.1 Definição das variáveis.....	26
3.5.2 Elaboração e construção dos itens	26
3.6 Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados	29
3.7 Considerações Éticas.....	31
4.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	33
4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional	33
4.2 Validação da Escala	35
4.3 Avaliação da perceção de competências dos enfermeiros, em contexto de CSP, no controlo da Infecção por VIH.....	41
4.4 Relação entre ter formação sobre a infeção por VIH e a perceção de competências dos enfermeiros no controlo da infeção por VIH.	44
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	47
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	69
Anexo I – Instrumento para análise dos peritos	
Anexo II – Solicitação de autorização para colheita de dados	
Anexo III - Instrumento de Colheita de Dados – versão final	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra	34
Tabela 2 - Caracterização da amostra face à formação dos profissionais em Infecção por VIH	34
Tabela 3 - Medidas de Consistência Interna relativas da ECAPC-VIH_CSP	35
Tabela 4 - Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Bartlett	37
Tabela 5 - Estrutura Fatorial ECAPC-VIH_CSP	38
Tabela 6 - Distribuição dos itens da versão final da ECAPC-VIH_CSP, organizados por dimensões	39
Tabela 7 - Correlação entre as dimensões e o global da ECAPC-VIH_CSP	40
Tabela 8 - Resultados do teste de normalidade da ECAPC-VIH_CSP, por dimensão e no global.....	40
Tabela 9 - Descrição dos itens da ECAPC-VIH_CSP	42
Tabela 10 - Estatísticas de teste com variável de agrupamento: “Formação em VIH”	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagem da Variância das Dimensões da ECAPC-VIH_CSP	43
---	----

1.INTRODUÇÃO

A pandemia da infeção por VIH/SIDA constitui-se a nível global, um problema de saúde pública (Campos & Neto, 2009), com repercussões não só ao nível da saúde das populações como a nível económico e demográfico, originando, desde o seu início, na década de oitenta do século XX, 78 milhões de infeções (UNAIDS, 2018).

Foi assim sendo construído um caminho, dinamizado por mudanças, que foram transformando a biografia desta doença. Inserida a partir de 1996 no campo das doenças infecciosas, foi com a introdução da terapêutica antirretroviral combinada, que esta assumiu o perfil de doença crónica (Deeks, Lenin & Havlir, 2013; Jameson et al., 2018) originando aos portadores desta infeção, uma visão renovada e promissora face à sua continuidade de vida (Samji et al., 2013; Leonard, 2018).

A normalização da infeção e do seu rastreio, proporciona uma visão otimista oferecida pelos diferentes progressos do mundo científico, que trouxe à vida destas pessoas longevidade e qualidade de vida (Squire, 2010).

Para este progresso em muito contribuiu a implementação de estratégias organizadas para o controlo desta infeção, salientando-se fundamentalmente as boas práticas dos diversos profissionais de saúde, ao longo destas três décadas, para o controlo da epidemia (Fialho, Oliveira & Silva, 2018).

Contudo, há que manter os profissionais capacitados, motivados e empoderados para boas práticas de saúde numa área, onde a dúvida e o estigma ainda se mantêm como barreiras à divulgação do diagnóstico, à adesão terapêutica, à procura de suporte e ao diagnóstico precoce e onde a perceção de exclusão nas estruturas sociais e no mundo envolvente, ainda fomenta sentimentos de frustração e impotência (Machado, 2012).

Efetivamente, o papel dos CSP, é elementar neste processo uma vez que consiste para a maioria da população, pela sua proximidade com o utente, no primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde (ECDC, 2018; Souza & Freitas, 2012).

Assim, no sentido de acompanhar o percurso da infeção por VIH e o seu efetivo controlo, tornou-se cada vez mais premente a capacitação dos enfermeiros para que estes detenham as competências necessárias à prestação de cuidados de qualidade ao individuo, família e comunidade, perspetivando a promoção e manutenção de comportamentos saudáveis, assim como o controlo desta infeção, nos diferentes contextos de saúde, sejam eles a nível hospitalar ou de base comunitária (ACSS, 2012).

Identificando o Enfermeiro de Família como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Ministério da Saúde, 2014, p.4070) é suposto que estes cuidados impliquem uma interação interpessoal, significativa e terapêutica entre o profissional e o indivíduo ou família (Figueiredo, 2012, p.69).

Deste modo, surge a necessidade de analisar qual a perceção face às competências que estes profissionais detêm para o desenvolvimento de ações de aconselhamento e educação para a saúde com vista ao controlo e prevenção da infeção por VIH nos CSP (ACSS, 2012; Souza & Freitas, 2012) uma vez que estas são, frequentemente, influenciadas pelas emoções, motivações, atitudes e comportamentos do profissional e não somente pelo seu conhecimento ou formação (Soto-Fuentes et al.,2014).

Benner (2001) considera 5 estadios de desenvolvimento das competências em enfermagem: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. Assim, o enfermeiro vai, ao longo do tempo, evoluindo em função das suas capacidades cognitivas, num processo iniciado na fase de integração no serviço, evoluindo até estar provido de uma grande experiência, agindo com uma compreensão profunda da situação global, encarando-se nesse momento como perito.

Assim, a competência profissional é inicialmente construída pela formação base académica, mas definida e orientada tanto pelos conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional, como pelos atributos pessoais do próprio indivíduo (Soto-Fuentes et al.,2014).

Pretendeu-se com este estudo construir e validar um instrumento que permita avaliar a perceção de competências dos enfermeiros, em contexto dos CSP, no controlo da Infeção VIH/SIDA.

O relatório está dividido em quatro capítulos. Após, num primeiro capítulo, ser realizada uma introdução ao estudo, o segundo capítulo é constituído pelo referencial teórico que suporta toda a investigação, apresentando uma revisão da literatura face às estratégias de prevenção e controlo da infeção por VIH, nomeadamente no contexto dos CSP, assim como uma abordagem às competências dos enfermeiros de família perante esta problemática. O terceiro capítulo prende-se com o enquadramento metodológico, apresentando-se a justificação do estudo, a sua finalidade e objetivos, desenho da investigação, população e amostra e critérios de seleção da mesma, elaboração do instrumento e colheita de dados assim como tratamento dos dados. O quarto capítulo contém a apresentação dos resultados obtidos. Posteriormente, é realizada a discussão dos resultados, terminando-se com a apresentação das conclusões, com alusão aos aspetos mais relevantes do estudo, às suas limitações e sugestões para futuras investigações.

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Infecção por VIH

Em 1983 foi descrito o VIH como agente etiológico da SIDA, estadio mais avançado da infeção. Este é um retrovírus, do qual são conhecidos dois tipos VIH-1 e VIH-2, que compromete o sistema imunológico através da diminuição dos linfócitos T CD4+, células alvo deste vírus, originando um enfraquecimento crónico e progressivo das defesas do organismo, assim como uma suscetibilidade elevada a infeções oportunistas (Antunes & Maltez, 2018; Jameson et al., 2018).

No final da década de 1980, a infeção por VIH incidia maioritariamente na população homossexual, toxicodependente e hemofílica. Este estereótipo populacional levou a uma falsa segurança, suportada pelo estigma e preconceito, por parte da restante população (Semaille et al., 2008).

A OMS considera esta infeção como uma pandemia que surgiu na era moderna dos direitos humanos, que pelas suas características de transmissão, foi sempre vista como um problema de saúde pública, que vem subsistindo, e cujo progresso depende, entre vários determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (Reis et al., 2009).

A UNAIDS estima em 36,9 milhões o número de pessoas que em 2017 viviam com VIH, dois terços das quais no continente Africano. Através de uma análise transversal, verifica-se uma tendência decrescente tanto na incidência desta infeção como na mortalidade associada a esta. Contudo, a prevalência apresenta uma tendência crescente. Globalmente, a transmissão ocorre maioritariamente por contactos heterossexuais desprotegidos. Na Europa (Central e Ocidental) e EUA a maioria dos casos corresponde a homens que têm sexo com homens (HSH). Em discordância com Portugal, a Europa de Leste, a Ásia Central, o Norte de África e o Médio Oriente são as regiões com maior proporção de novos casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI). Deste modo, e de acordo com o compromisso fundamentado pela iniciativa 90-90-90 da UNAIDS, onde é esperado que, até 2020, do total de pessoas que se estima existirem no país infetadas por VIH, 90% estarão diagnosticadas, dessas pessoas diagnosticadas, 90% deverão já estar em tratamento e que, das pessoas que se encontram em tratamento, 90% se encontrem em

supressão, e diferenciais desfechos têm levado os países a reforçar os esforços para o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e a sua monitorização. Contudo, verificam-se diferenças regionais na sua consecução (UNAIDS, 2018a).

Se inicialmente estava conectada a populações de risco, esta é atualmente uma infeção transversal a todas as sociedades, grupos e perfis sociodemográficos (Almeida, 2011).

Contudo, devido ao elevado risco de exposição à infeção e consequente incidência assim como pelo diferencial perfil epidemiológico global, o ECDC mantém identificados como principais grupos de risco para rastreio de VIH, os homens que fazem sexo com homens (HSH), população transgénero, trabalhadores sexuais, UDI, reclusos, migrantes, sem abrigo, grávidas, utentes a realizar hemodiálise ou que receberam hemoderivados, utentes que receberam órgãos ou intervenções cirúrgicas sem implementação de protocolos adequados, parceiros sexuais ou parceiros que partilham material injetável com pessoas diagnosticadas com VIH (ECDC, 2018).

Com a evolução desta infeção e consequente alteração do perfil epidemiológico da população (Camargo, Capitão e Filipe, 2014), houve diminuição do estigma e do preconceito transversalmente associados à infeção. Contudo, ainda subsiste uma necessidade de um maior conhecimento e adequação de um efetivo planeamento das intervenções, abrangendo os aspetos específicos de cada população (Souza & Freitas, 2012).

Desde os primeiros casos de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em 1983, tem-se assistido a admiráveis progressos em termos médicos, sociais e culturais, igualando os singulares avanços alcançados globalmente, obtendo resultados com significativos impactos na trajetória desta epidemia. Passadas 3 décadas do seu surgimento, esta infeção ainda é encarada como um importante problema de saúde pública. Constata-se que Portugal continua a apresentar uma das mais elevadas taxas de incidência (8,6 casos por 100 000 habitantes), no contexto da União Europeia como divulgado no relatório da Direção Geral da Saúde (DGS) Infeção VIH e SIDA - Desafios e Estratégias 2018 (DGS, 2018).

No contexto europeu, segundo relatório do ECDC (2018), uma em cada duas pessoas a viver com a infeção foi diagnosticada numa fase tardia. É assim assumida a necessidade de um trabalho de maior proximidade com as populações vulneráveis a fim de aumentar a cobertura e normalização do teste, impedindo a atual cadeia de transmissão, evitando novas infeções, assim como o atual e recorrente diagnóstico tardio, (determinado pela contagem de linfócitos T CD4⁺ inferior a 350/mm³) desta infeção (ECDC, 2018).

Em 2017 foram notificados 1068 novos diagnósticos de infeção por VIH em Portugal, menos 245 casos notificados que em 2016. Cumulativamente, face aos diagnósticos realizados

entre 1983 e final de 2017, 57.913 casos de infeção por VIH foram registados a nível nacional, dos quais 22.102 casos em estadio SIDA (INSA,2018).

Segundo o relatório anual do INSA (2018), em 2017, das 234 notificações relativas a diagnóstico de SIDA, 64,7% das transmissões ocorreram por via heterossexual. Um diagnóstico tardio, revela que estes indivíduos, anteriormente ao diagnóstico, sustentaram, durante muito tempo, a condição de transmissão desta infeção a outros, o que contribui para sustentar esta epidemia. Torna-se preocupante que face aos casos de transmissão heterossexual na população masculina, 65,7% dos indivíduos infetados corresponda a diagnósticos tardios, valor que chegou aos 67,8% nos indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. Relativamente à incidência das notificações de casos de SIDA em 2017, a idade mediana foi de 47,0 anos,

O diagnóstico tardio (Sloan et al., 2012; Cortés ,2019) devido ao maior risco de infeções e comorbilidades associadas, à probabilidade de um maior número de episódios de internamento hospitalar, e aumento do risco de toxicidade dos fármacos, tem um forte impacto económico no sistema de saúde.

Face à via de transmissão desta infeção, em 98,1% dos casos, a transmissão ocorreu por via sexual, com 59,9% dos indivíduos a referirem contacto heterossexual e os casos inerentes à população HSH corresponderam a 51,0% dos casos diagnosticados de sexo masculino, apresentando uma idade mediana de 32 anos (INSA, 2018).

Através da análise face à evolução da epidemia a nível nacional, nesta última década, assinala-se um decréscimo de 40% face ao número de novos diagnósticos. Contudo, face a estas tendências acentua-se o aumento da proporção de casos do sexo masculino, bem como da idade mediana ao diagnóstico, excetuam-se os casos de HSH, que ocorrem com maior frequência em jovens. Porém, ainda subsiste uma elevada percentagem de diagnósticos tardios, particularmente na população heterossexual (INSA, 2018).

Assim, apesar da notável diminuição da incidência de VIH em Portugal, grupos vulneráveis continuam a apresentar inquietantes indicadores que evidenciam uma necessidade da implementação de estratégias ainda mais marcantes de prevenção de modo a acelerar a eliminação da infeção por VIH a nível nacional (INSA, 2018). De facto, a UNAIDS (2018), através do seu relatório “Knowledge is power”, alerta para a necessidade de acelerar a resposta à epidemia VIH/SIDA designados como os objetivos 90-90-90, a serem atingidos até ao ano de 2020 (UNAIDS, 2018a).

Em conformidade com estes objetivos propostos, através da análise do relatório da DGS, a nível nacional, constata-se que em 2016, 91,7% das pessoas que vivem com a infeção VIH estão diagnosticadas, 86,8% das pessoas diagnosticadas estão a ser tratadas, 90,3% das pessoas que estão em tratamento têm supressão virológica (≤ 200 cópias/mL) (DGS, 2018).

Perante uma infeção com uma estimativa de custo anual por utente correspondente a aproximadamente 23000 euros (Mostardt et al., 2013; Trapero-Bertran & Oliva-Moreno, 2014) e a fim de garantir os princípios da universalidade, equidade e qualidade, todo o utente com diagnóstico de infeção por VIH tem acesso imediato e gratuito ao TAR, independentemente do seu estadio de infeção, sendo este participado na sua totalidade pelo Estado Português, beneficiando adicionalmente de isenção do pagamento de taxa moderadora (DGS, 2017).

Porém, mantém-se uma eminente necessidade da implementação de novas estratégias objetivando a diminuição do impacto económico desta infeção, assim como diminuir o número de pessoas diagnosticadas tardiamente ou que desconhecem o seu estado serológico, alargando o teste a grupos populacionais mais amplos, através de abordagens estratégicas que, de acordo com o contexto da epidemia local e adaptados às necessidades específicas dos diferentes grupos, fomentem a normalização do teste nos diferentes contextos sociais. Cabe assim a estas estratégias, apoiar a vinculação oportuna à prevenção, ao tratamento e atenção à infeção por VIH. Isso garantirá diagnósticos e início de tratamento cada vez mais céleres, melhores respostas ao regime terapêutico, nomeadamente face à supressão da carga viral, redução da morbilidade, mortalidade e incidência do VIH (ECDC, 2018a).

2.2 Medidas de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA nos CSP

Os CSP têm por base garantir a toda a sociedade o mais alto nível de saúde e bem-estar, de forma imparcial e precoce, tendo como foco as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, através de programas de prevenção, tratamento, reabilitação e de etiologia paliativa ao longo do ciclo vital, num contexto de proximidade (OMS, 2018).

Cabe aos diversos profissionais dos CSP o empoderamento efetivo das pessoas através de melhores informações sobre educação e saúde, atentando sempre às necessidades de informação das populações em situação de vulnerabilidade, de modo a orientar para melhores comportamento de saúde (OMS, 2018).

Afirmando o importante papel da identificação precoce da infeção por VIH, no âmbito de uma estratégia consistente e efetiva de prevenção e controlo da transmissão da infeção e da progressão para doença (ECDC, 2018), e no sentido de capacitar os diferentes profissionais de saúde dos C.S.P., na adoção de linhas orientadoras e uniformizadas para a

realização de teste rápido para a infeção por VIH neste contexto, a ARS Norte, através do seu Programa Regional para a Infeção VIH/Sida, coordenado pelo Departamento de Saúde Pública, desenvolveu o Manual de Procedimentos para a Detecção Precoce da Infeção por VIH/Sida - Testes Rápidos nos CSP (ARS Norte, 2016).

Face à prestação de cuidados no controlo do VIH, é assim essencial que exista uma qualificação e uniformização constantes dos conhecimentos por parte do profissional de saúde, sobre as diferentes temáticas e estratégias inerentes à infeção para melhor prática de aconselhamento e educação para a saúde (Bones Rocha et al, 2016). Adicionalmente, demonstra-se fundamental também, que os profissionais de saúde sejam capazes de realizar uma abordagem holística e humanizada no cuidado às pessoas com infeção por VIH (Collière, 1999; Gomes et al., 2017).

As normativas mundiais alertam para que a distribuição de preservativos, a circuncisão masculina médica voluntária, a profilaxia pré-exposição assim como a ampliação dos fundos monetários, sejam encaradas como ferramentas prioritárias de prevenção (UNAIDS, 2018a).

A DGS assegura como objetivo basilar do Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA, a prevenção, passando por priorizar estratégias e intervenções, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH, nomeadamente: a promoção e o acesso ao preservativo masculino e feminino e ao gel lubrificante, à Profilaxia Pré Exposição (PrEP), à Profilaxia Pós-Exposição (PPE), e a material assético para consumo de drogas injetáveis (DGS, 2018).

Efetivo papel no âmbito da resposta nacional à infeção por VIH, teve há 25 anos, a implementação a nível nacional do Programa Troca de Seringas (PTS), através da distribuição de material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado (ANF, 2008; DGS, 2018b). Medida que se refletiu, durante o ano 2018, através da distribuição/troca de 1.300.134 seringas nas estruturas participantes no PTS, embora com uma redução de 9% em relação ao ano anterior (1.421.666) e onde a percentagem das infeções associadas ao consumo de drogas injetadas ter sofrido, entre 2007-2016 uma redução de 90%, traduzindo-se em 2017 como causa de apenas 1,8% dos novos diagnósticos (INSA, 2018; DGS, 2018).

A Norma n.º 7, da DGS, de 16/06/2014, atualizada a 10/10/2014, que prevê a distribuição de material preventivo a todas as unidades de Saúde do SNS teve um impacto muito positivo no controlo desta infeção (DGS, 2014).

Ao longo dos anos, a distribuição de preservativos tem vindo a aumentar (DGS, 2017) e em 2017, foram distribuídos 4.751.387 preservativos masculinos, 110.400 preservativos femininos e 643.705 saquetas de gel lubrificante (DGS, 2018).

A disponibilização de material de Informação, Educação e Comunicação, tais como panfletos, brochuras e/ou cartazes relativos à importância da prevenção e realização do

teste rápido, permitindo um reforço da mensagem transmitida pelo profissional de saúde, durante o aconselhamento inerente ao processo de rastreio, devem também estar constantemente acessíveis e disponíveis (ARS Norte, 2017).

Contudo, a aposta no diagnóstico precoce da infeção por VIH e a correta e oportuna referenciação das pessoas diagnosticadas para o seguimento hospitalar mantém-se como prioridade do Programa Nacional para a Infeção VIH, Sida e Tuberculose (DGS, 2017).

O diagnóstico precoce assume-se como uma das principais estratégias de controlo da infeção, com um alcance vasto no sentido em que permite ao utente ter conhecimento do seu estado serológico, consciencializando-se face à necessidade de redução de riscos de transmissão da infeção a outros (Miller et al 2010; Ribeiro & Sacramento, 2014) permitindo que as pessoas tenham um célere acesso ao tratamento, reduzindo significativamente, a longo prazo, a morbilidade e mortalidade associadas à doença (ECDC, 2018).

Já em 2006, através do estudo realizado por Branson et al. (2006) era reconhecida a importância do rastreio do VIH em todos os indivíduos com idades compreendidas entre os 13 e os 64 anos, devendo ser este acompanhado de um consentimento informado respeitando a opção da recusa ou adiamento da sua realização.

A nível nacional, foi através da norma 058/2011, atualizada a 10/12/2014, que a DGS preconizou a medida da universalidade do rastreio laboratorial da infeção por VIH, em todos os indivíduos entre os 18 e os 64 anos, indicando assim que um “acesso alargado ao teste VIH e ao aconselhamento é essencial para se caminhar em direção à prevenção, tratamento, apoio e cuidados de saúde universais” (DGS, 2014a, p.9).

“O conhecimento da seropositividade para o VIH contribui para a redução de comportamentos de risco. A deteção precoce da infeção por VIH, além de promover o aumento do conhecimento das pessoas sobre a sua situação serológica face ao VIH/Sida, deve, também, promover a prevenção primária desta infeção, através do aconselhamento (reforço da componente informativa e da prevenção de comportamentos de risco - domínio da sexualidade) e auto perceção de risco” (ARS Norte, 2016, p.4).

A realização do teste rápido nos CSP, comparativamente a 2016, onde se registou um total de 4.569 testes realizados, dos quais 41 tiveram resultado reativo para esta infeção, obteve um crescimento significativo em 2017, tendo assim sido realizados 11.129 testes em 33 ACeS, identificando-se 37 casos reativos (0,33%) (DGS, 2018).

O teste diagnóstico para a infeção por VIH configura-se assim como uma das estratégias preventivas, consistentes e efetivas, com consequências tanto a nível epidemiológico como económicas, relativamente à transmissão desta infeção e possível ocorrência da doença, permitindo reduzir o tempo para o diagnóstico, o início precoce do tratamento, aumentando assim a qualidade e a esperança de vida do utente, assim como os comportamentos protetores em relação à sua saúde (Cabié et al., 2011). Este, deve vir

acompanhado de um aconselhamento por parte dos profissionais de saúde (ARS Norte, 2016).

“O teste rápido do VIH/sida veio alterar de modo significativo a gestão do tempo, das incertezas e das angústias decorrentes de comportamentos de risco epidemiológico, facilitando o acesso dos indivíduos ao diagnóstico do seu estado serológico e, consequentemente, a deteção precoce e medicação atempada da infeção” (Ribeiro & Sacramento, 2014, p.511).

No contexto de C.S.P., são requisitos fundamentais para a realização de teste rápido para a infeção por VIH: a confidencialidade e voluntariedade na sua decisão e realização, não podendo ser executado sem o consentimento prévio do utente, esclarecido e provido de informação adequada em dois momentos distintos, durante o aconselhamento pré-teste e pós-teste; garantia de tratamento e apoio psicossocial, assim como referenciação hospitalar, no caso do resultado ser reativo; assegurar a assimilação do utente sobre o procedimento realizado e respetivo resultado; a garantia da correta referenciação de todos os casos reativos para o serviço hospitalar, assim como asseverar a monitorização e avaliação do processo (ARS Norte, 2016).

Há assim uma importância da celeridade do diagnóstico, do início do regime terapêutico antirretroviral (TAR), da efetividade tanto das práticas dos profissionais como da eficaz ligação aos cuidados não apenas para a saúde do próprio indivíduo, mas também para reduzir o risco de transmissão do VIH a outras pessoas (CDC, 2015).

Respeitando o TAR e iniciando-o numa fase precoce, a carga viral pode tornar-se indetetável, equiparando-se a expectativa de vida à da população não infetada por VIH, reduzindo significativamente o risco de transmissão. A expectativa de vida, difere por via de transmissão, raça e contagem de células CD4 no início do TAR, sendo notavelmente menor em indivíduos com histórico prévio de uso de drogas injetáveis, indivíduos não caucasianos, e que iniciaram TAR tardiamente (Samji et al., 2013; CDC, 2018).

Atualmente, o teste rápido de quarta geração, utilizado na maioria das unidades funcionais da ARS Norte, possibilita em simultâneo, a deteção de antígenos e anticorpos para a infeção por VIH, adicionando comparativamente aos testes de terceira geração, onde o período janela estipulado são 12 semanas, um diagnóstico antes que a resposta do anticorpo se torne detetável, num período compreendido entre os 12 e os 26 dias. Estes são realizados através da obtenção de uma amostra de sangue capilar, apresentando resultados precisos em apenas 20 minutos não fornecendo, em caso de um resultado reativo, um diagnóstico definitivo, solicitando-se assim a realização de um teste confirmatório (CDC, 2015; ECDC, 2018; Abbot, 2019).

Segundo relatório do CDC (2015), as recomendações específicas para a implementação do teste de infeção pelo VIH são:

- O rastreio VIH deve ser sugerido a todos aqueles que procuram os serviços de saúde para diagnóstico ou tratamento de IST's, tais como sífilis, gonorreia e clamídia em populações consideradas de risco;
- O teste de diagnóstico para a infeção por VIH deve ser precedido de um consentimento informado de forma a capacitar o indivíduo para que este decida com liberdade e sem qualquer coerção, sendo este recomendado em todos os locais de cuidados de saúde;
- O uso de testes de quarta geração é encorajado;
- Após um teste com resultado reativo, deve ser garantido confirmatório através de testes adicionais para estabelecer um diagnóstico definitivo;
- Os profissionais de saúde devem considerar sempre a possibilidade de infeção aguda por VIH.

(CDC, 2015)

A implementação do teste rápido para infeção por VIH deve ter como base a uniformização de procedimentos, a criação de uma relação terapêutica, priorizando o ponto de vista do indivíduo, capacitando-o, esclarecendo-o e informando-o adequadamente antes e após a realização do teste (ECDC 2018).

A adequada capacitação e treino de competências profissionais daqueles que realizam o teste devem ser alvo de uma monitorização e avaliação dos vários programas de controlo da infeção (ECDC, 2018).

O papel, desempenhado pelas estruturas de base comunitária, em relação à promoção do diagnóstico, bem como a eficiência no alcance de comunidades mais afetadas, tem sido absolutamente fundamental e é desejável que o mesmo se mantenha, consolide e até mesmo se amplifique (DGS, 2018).

Desde a implementação do rastreio da infeção por VIH de forma generalizada, em 2014, denotou-se um substancial crescimento do número de testes rápidos ao VIH realizados. Especificamente ao nível do investimento realizado no contexto dos CSP, onde houve um alargamento do número de unidades com recursos para a realização do teste rápido para diagnóstico de infeção por VIH, traduzindo um aumento de 86,2% do número de testes realizados, onde comparativamente aos 2.138 testes realizados em 2015, se confrontam os 3.980 testes rápidos realizados em 2016, dos quais 0,8% tiveram resultados reativos (DGS, 2017).

Este investimento, por parte das diferentes ARS's, levou a que, durante o ano de 2016, fossem realizados 439.736 testes, número que transpõe o investimento em termos de diagnóstico que se tem realizado. Por outro lado, inseridos no contexto dos CSP, os CAD's (Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH), registaram, nos últimos anos, uma tendência decrescente do número de testes realizados, registando-se, em 2016, uma redução de 7,5% (de 11.800, em 2015, para 10.916 testes, em 2016), assistindo-se, no

entanto, a um aumento na proporção de casos reativos que passou de 1 para 1,6% (DGS, 2017).

Os princípios gerais para a realização do teste, segundo o ECDC (2018) são:

- Os testes devem ser acessíveis, voluntários, confidenciais e dependentes do consentimento informado;
- Devem ser disponibilizadas informações adequadas nos momentos antes e depois do teste;
- A ligação aos cuidados é considerada uma parte crítica de um efetivo programa de testes;
- Luta pela normalização do teste em qualquer contexto de serviço de saúde;
- Aqueles que realizam testes de VIH, VHB e / ou VHC devem receber treino e atualização de competências.

(ECDC 2018)

Encarando o aconselhamento, como uma relevante estratégia no combate às IST's, tanto pelo baixo custo da sua aplicação, assim pelo seu potencial de efetividade (Leta, Sandy & Fylkesnes, 2012), o rastreio deve ser sempre acompanhado pela disponibilização de esclarecimentos adequados antes e após o teste (ECDC, 2018).

Como problema de saúde pública, e de acordo com a norma 058/2011, de 28/12/2011, atualizada a 10/12/2014, “um maior conhecimento do estado da infeção por VIH oferece aos indivíduos infetados uma oportunidade de receberem informação para a prevenção da transmissão da infeção e para o seu tratamento e, assim, diminuir a transmissão da infeção na comunidade.” (DGS, 2014a). Deste modo, é assumido que o aconselhamento está inerente à realização do teste VIH.

Contudo, a perceção dos profissionais face ao rastreio da infeção por VIH está, por vezes, incorporada como uma rotina protocolada, perdendo-se o foco do usuário e centralizando-se somente no procedimento. Tal perceção ultrapassa o aconselhamento como um ideal previsto pelo Ministério da Saúde, onde os profissionais se omitem das orientações, favorecendo a falta de informação ou conceitos inadequados sobre a infeção por VIH que podem fomentar medos e preconceitos que nada ajudarão no controlo e na prevenção desta infeção. De facto, surge a questão de a possibilidade dos profissionais reconhecerem e valorizarem o aconselhamento ou se apenas o realizam por uma obrigatoriedade imposta por um protocolo de atuação (Souza & Freitas, 2012).

Para os profissionais de saúde, por vezes, o significado do aconselhamento, resume-se à minimização dos riscos de determinada doença. Contudo, esse significado deve ir além das orientações, de forma a estimular o utente a expressar o que sabe, pensa e sente (Barbosa et al, 2015).

A também existente redução do aconselhamento à prática de planeamento familiar e sessões de educação para a saúde em contexto escolar, é, por vezes, justificada pela dificuldade de se trabalhar a temática nos CSP devido ao preconceito e estigma associados assim como à dificuldade de abordar temáticas como a sexualidade. Este é um caminho difícil e que pode influenciar a eficácia do aconselhamento, que depende tanto das competências pessoais do profissional, como do conforto e da abertura que o utente experimenta em abordar temas potencialmente sensíveis face aos seus cuidados de saúde (Barbosa et al., 2015). O vínculo longitudinal, estabelecido na relação utente-profissional nos CSP, é um atributo que pode ser considerado facilitador deste processo no acompanhamento do utente ao longo do tempo (Cunha & Giovanella, 2011; ECDC, 2018).

O aconselhamento realizado previamente à realização do teste revela-se um momento privilegiado do processo de rastreio, durante o qual, através de um consentimento informado e esclarecido por parte do utente, a equipa ou profissional, procura perceber o que levou o utente a recorrer ao serviço, designadamente, a avaliação e a perceção de risco do utente, bem como as implicações do resultado do teste, informando e clarificando quais são as ações inerentes à realização de todo o procedimento e qual o significado da deteção da infeção por VIH, realizada através de teste rápido assim como quais os procedimentos a seguir em caso de resultado reativo (ARS Norte, 2017; DGS, 2014a; ECDC, 2018).

Segundo Silva, Tavares, & Paz (2011) e Bones Rocha et al. (2018), o aconselhamento anterior à realização de teste não se restringe à obtenção do consentimento para a execução do teste. Este, baseia-se na troca de informações, suporte emocional, orientação e avaliação de riscos (Passos et al., 2013), impondo-se como elementar estratégia no controlo da infeção e na futura adesão ao regime terapêutico (Soares & Brandão, 2012).

As dificuldades sentidas em lidar com aspetos subjetivos e íntimos, tais como a sexualidade e conjugalidade durante o aconselhamento estão também na base de receios, por parte dos profissionais, face ao saber ser, saber estar e saber fazer, revelando uma vulnerabilidade da prática. Contudo, é essencialmente esta fragilidade da comunicação, estigma e preconceito que leva a que, frequentemente, o aconselhamento se concentre apenas nos aspetos biológicos, debandando a atenção à saúde e ao aspeto emocional, psíquico e social do utente (Bott et al, 2015).

O estigma e a discriminação, dentro dos serviços de saúde, ainda têm consequências devastadoras. É preocupante que num contexto de saúde, este tipo de abordagem preconceituosa e desprovida de imparcialidade, particularmente em relação a profissionais do sexo, população homossexual, HSH e UDI, parta daqueles que prestam cuidados, que têm o dever de proteger, apoiar e tratar, influenciando o papel da prevenção dessas populações-alvo, dificultando o acesso à prevenção, à realização de teste e tratamento da

infecção por VIH, decorrendo desta situação, mais infeções, mais co morbilidades associadas, assim como a uma maior mortalidade (UNAIDS 2018; ECDC, 2018).

Principalmente em contexto comunitário, as questões éticas, tais como o sigilo e a confidencialidade, devem ser trabalhadas junto dos profissionais, através de uma sensibilização junto destes (Barbosa et al., 2015).

No momento do diagnóstico de infecção por VIH, o indivíduo enfrenta múltiplos desafios adaptativos, nomeadamente através das reações dos outros a uma doença estigmatizante, onde se depara com a necessidade de desenvolver e adotar estratégias a fim de manter um equilíbrio físico e emocional, adotar mudanças no comportamento para prevenir a transmissão do vírus a outros, reduzir o risco de contrair outras IST's, assim como enfrentar implicações futuras face aos contextos comportamentais, psicossociais e clínicos da infecção por VIH (CDC, 2015).

Contudo, como processo facilitador para a redução do estigma e da discriminação associados a esta infeção, a capacitação não deve estar necessariamente limitada, aos profissionais de saúde, mas sim a todos os profissionais que estão incluídos no processo, incluindo o pessoal auxiliar, administrativo e de gestão (ECDC, 2018).

Os direitos humanos são universais, estes garantem que ninguém pode ser marginalizado ou mesmo excluído, independentemente do seu estilo de vida ou comportamental. Ideologias que criminalizam a transmissão do VIH, o trabalho sexual, o uso de drogas e a orientação sexual ou dificultam o acesso aos serviços têm de ser vetadas (UNAIDS, 2018).

Um dos pressupostos gerais do aconselhamento, inclui a aceitação total e incondicional do utente, despojada de qualquer preconceito, estigma ou atitude discriminatória por parte do profissional (ARS Norte, 2017) onde o resultado do teste deve ser comunicado de forma assertiva e confidencial (Fernandez-Lopez, 2018 *cit in* ECDC, 2018).

Após a divulgação do resultado, permanece a necessidade de um momento de reflexão e aconselhamento. Após a realização do teste e do tempo de leitura, efetuada entre 20 a 40 minutos após a sua realização, o resultado é comunicado ao utente de forma direta e objetiva, esclarecendo qual o seu significado, assim como prestados todos os esclarecimentos incitados e outros que se considerem pertinentes (ARS Norte, 2017).

Perante um resultado de teste não reativo para a infecção por VIH, supõe-se que sejam trabalhadas eventuais falsas perceções de imunidade por parte do utente, revigorando a necessidade de evitar a prática de comportamentos de risco, incentivando à adoção de comportamentos preventivos de modo a impedir uma reinfeção e a transmissão a terceiros, assim como abordada a importância da notificação dos parceiros para a realização de rastreio da infecção por VIH (ARS Norte, 2017).

Num momento posterior à realização do teste, devem também ser disponibilizadas informações relevantes através de estratégias de educação para a saúde, nomeadamente face às diferentes opções de prevenção, ligação aos cuidados e serviços de cuidados específicos, conforme o resultado do teste e individualidade das necessidades do utente (ECDC, 2018).

Após o diagnóstico da infeção por VIH, como elemento de suporte essencial de qualquer programa implementado para o controlo da infeção, deve estar garantida uma acessível e efetiva referência hospitalar, de forma a facilitar o vínculo do utente aos cuidados de saúde, pressupondo a notificação simultânea de todos aqueles que são seguidos, como quaisquer não participantes (CDC, 2015; ECDC, 2018).

O utente que recebe um diagnóstico agudo de infeção por VIH deve ser encaminhado imediatamente, assim como provido de aconselhamento preventivo, rastreado para outras IST's, e devem ser fornecidas informações sobre a disponibilidade de profilaxia pós-exposição para os seus parceiros sexuais e/ou de partilha de material injetável não infetados pelo VIH até 72 horas após o contato (CDC, 2015).

A comunicação de um diagnóstico de infeção por VIH impõe-se como de exaustiva competência, tanto para o utente como para o profissional que será o transmissor de um prognóstico altamente influenciado por fatores institucionais, civilizacionais e humanos. Neste sentido, há que atentar não só à angústia que emerge do utente, mas também do profissional (Lobo & Leal, 2019).

Fialho, Oliveira & Silva (2018), salientam a complexidade de informar um diagnóstico crónico. Destacam além da necessidade de momentos de educação permanente, a atenção face ao cariz psicológico do enfermeiro e na importância de gerir os seus sentimentos frente a resultados reativos e/ou a situações de exposição de risco confidenciais por utentes que possam de alguma forma afetar a questão emocional do profissional.

A realização de testes de rastreio para a infeção por VIH implica também o compromisso de orientação, encaminhamento e apoio psicológico, aos utentes, após um teste com resultado reativo (ARS Norte, 2017) atentando não só às reações psicológicas atuais, mas também às reações potenciais que o utente pode desenvolver no futuro (Bestard et al., 2019).

Perante um resultado reativo, mediante a individualidade de cada utente, pode haver necessidade de encaminhamento para intervenções comportamentais específicas tais como programas de redução de riscos associado ao abuso de substâncias, saúde mental, saúde emocional ou de serviços de apoio psicossocial (CDC, 2015).

Perante os resultados estatísticos, relativos à epidemia da infeção por VIH na Europa Ocidental e Central e da América do Norte, confirma-se o impacto efetivo de combinadas estratégias preventivas para o VIH, incluindo o acesso à terapia antirretroviral, promoção

e distribuição do preservativo, redução de danos, assim como instituição da Profilaxia Pré-Exposição da Infecção por VIH (PrEP) (UNAIDS, 2018).

A PrEP está cada vez mais disponível na Europa Ocidental (UNAIDS, 2018a). Com a posição da DGS, assumida através da norma 025 de novembro de 2017, atualizada a 16 de maio de 2018, que institui a aplicação da PrEP, passando esta a estar disponível em Portugal, através de um Programa de Acesso Precoce (PAP), aprovado em 21 de fevereiro de 2018, nos termos das Circulares Normativas Conjuntas n.ºs 01 e 02/2018 do INFARMED/ACSS/DGS/SPMS, para as pessoas com risco acrescido de aquisição de infeção por VIH, através da referenciação para consulta de especialidade hospitalar, Portugal deu um passo à frente na política de prevenção da infeção por VIH (DGS, 2018; 2018a).

A disponibilização da PrEP, em associação com comportamentos sexuais e consumos intravenosos seguros, é considerada como uma abordagem relevante e eficaz para o controlo e eliminação da infeção (DGS, 2018).

Desde 2012, que a OMS sugere a implementação da PrEP nomeadamente nas populações que considera mais vulneráveis a esta infeção, tais como a população HSH, transexual e trabalhadores do sexo (DGS, 2018a).

Esta, baseia-se, após realização de educação para a saúde, na instituição de tratamento antirretroviral, em pessoas não infetadas, num regime de toma diária ou *on demand*, de antirretrovirais, nomeadamente através do Truvada (associação de Tenofovir e Emtricitabina) (DGS, 2018a).

O início desta estratégia de prevenção, permitiu não só o reforço face à promoção da utilização de estratégias combinadas, como também facilitar a prevenção, o diagnóstico e consequente tratamento de outras IST's, assim como reduzir a cadeia de transmissão destas (DGS, 2018; Khurana et al, 2018).

Apresentando um grau de eficácia de aproximadamente 90% (Anderson et al., 2011; McCormack et al., 2016) a PPE traduz-se também como uma das estratégias estruturadas para o controlo da infeção por VIH, consistindo num tratamento durante um período de quatro semanas, iniciado, idealmente nas duas primeiras horas e nunca depois das 72 horas após a exposição ao VIH, com o objetivo de evitar a infeção por VIH (Kaplan et al. 2015; CDC, 2016) podendo provocar efeitos secundários, tais como, a diarreia, enxaquecas, náuseas, vómitos e fadiga (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2011).

Num contexto nacional as "Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA" recomendam também o recurso à implementação da PPE quer em contexto ocupacional, nomeadamente em acidentes com exposição potencial a agentes biológicos, quer não ocupacional como é o caso do recurso de utentes aos cuidados de saúde

descrevendo situações de exposição a fluídos biológicos com possível risco de infeção pelo VIH (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2011).

Concomitantemente, visto que em alguns dos casos de PPE não ocupacional há presença de outras IST's, especialmente a gonorreia retal e a sífilis, por serem um marcador de risco para a transmissão da infeção por VIH (Zetola et al 2009; Ng et al., 2013), as orientações do CDC (2015) recomendam que todos os indivíduos que procuram avaliação e tratamento para estas devem ser, de forma rotineira, rastreadas para a infeção por VIH. Estes resultados apoiam o fundamental papel da triagem e tratamento frequente de IST's como estratégia preventiva para esta infeção (Zetola et al., 2009).

Houve também, por parte das Nações Unidas, uma preocupação pela cessação da coinfeção VIH-TB, nomeadamente, através da promoção de medidas preventivas tais como a agregação destes dois serviços. Foram assim concretizados grandes avanços no tratamento e diagnóstico da infeção por VIH entre indivíduos com TB. Contudo, após décadas de epidemia desta infeção, três em cada cinco pessoas que iniciam o tratamento do VIH não são rastreadas, testadas ou tratadas para a TB, a maior doença indicadora de VIH (UNAIDS, 2018).

Estima-se que, em comparação à restante população, os indivíduos com infeção por VIH apresentam 20 a 37 vezes mais risco de desenvolver TB (OMS, 2019).

Pelo facto de os utentes com infeção por VIH estarem mais vulneráveis à infeção por TB (Tesfaye et al., 2018), a UNAIDS adotou uma abordagem holística e abrangente, de salvar vidas, e não isoladamente, doença por doença (UNAIDS, 2018) revelando-se significativa a implementação de rastreio para TB em utentes com teste reativo à infeção por VIH (Lawn et al., 2017).

Em 2016 foram notificados 21,6 casos de TB por 100 mil habitantes, traduzindo Portugal como um país de baixa incidência. Contudo, a realização do rastreio VIH nos doentes com TB, declinou para 85,7% em 2016, comparativamente à taxa de 90,6% alcançada em 2015 (ARS Norte, 2018).

Hoje, assume-se, a não existência de uma cura efetiva, mas onde através de cuidados médicos adequados, é possível um controlo efetivo da infeção (CDC, 2018).

Face à atual significativa prevalência da infeção, aliado ao aumento da esperança média de vida através da disponibilização do TAR, esta ainda se mantém como uma infeção que acarreta custos económicos elevados. Assim, torna-se essencial a implementação de estratégias governamentais, através das quais se torna viável a articulação de políticas sociais e preventivas, com um impacto positivo no sentido de garantir os meios e o acesso ao tratamento de todos os cidadãos sem discriminação ou exclusão (Ribeiro & Sacramento, 2014).

O conhecimento do estado serológico é reconhecido como o primeiro passo para o tratamento. E é graças à implementação do acesso gratuito à terapia antirretroviral, que atualmente, o número de mortes relacionadas com esta infeção é cada vez menor, com menos de 1 milhão de mortes a cada ano por doenças relacionadas com a SIDA (UNAIDS, 2018a).

Atualmente existem cerca de 21,7 milhões de pessoas que se encontram em tratamento. Contudo, apesar do acesso gratuito à terapia antirretroviral, este é um dado que não deve ser dado como garantido, visto que nos próximos três anos, a UNAIDS estime um adicional de 2,8 milhões de pessoas anuais (UNAIDS, 2018a).

Apesar das medidas implementadas nos últimos anos, permanece ainda uma crise de prevenção efetiva a nível global. A preocupação bem-sucedida em salvar vidas, não foi acompanhada com semelhante sucesso na redução de novas infeções pelo VIH. Estas não estão a diminuir quanto o espectável. Constata-se a existência de insuficientes serviços de prevenção do VIH, e estes não conseguem alcançar de forma efetiva as pessoas que mais precisam deles (UNAIDS, 2018a).

2.3 Competências do Enfermeiro de Família para o Controlo da Infeção por VIH

No contexto dos C.S.P, especificamente em relação ao perfil profissional do enfermeiro de família, este é encarado como um elemento facilitador no sentido em que é suposto desenvolver um modelo de trabalho em equipa (Fialho, Oliveira & Silva, 2018), nesta relação proximal com as famílias no acesso aos cuidados para patentear “(...) não só a oferta de cuidados terapêuticos, mas também de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida” (Neves, 2012, p.133).

Com a atual facilidade e liberdade de acesso à informação, a população demanda, de uma forma mais consciente, o seu direito à saúde, contestando responsabilidade face ao seu processo de saúde doença (OMS, 2018). Um dos direitos assumidos ao utente passa por ser atendido de forma adequada por pessoal capacitado, experiente e competente, em contextos seguros (RCN, 2010).

O termo competência em contexto profissional foi inicialmente introduzido por McClelland, em 1973, ao destacar que o grau de inteligência, por si só, não representava um prognóstico de excelência profissional. Para este autor, a competência é um fator

inerente ao indivíduo e está associada a uma excelência de desempenho na realização de uma atividade (Soto-Fuentes, et al., 2014).

Para Benner (2001, p.53) o enfermeiro competente, através de uma “análise consciente, abstrata e analítica do problema”, tem consciência dos seus atos e dos planos que devem ser fundamentados para a resolução desse determinado problema. Possui consciência dos seus limites, daquilo que é capaz, e enfrenta os imprevistos com determinação, sendo esta a conduta regular da prática de enfermagem. Este planeamento inerente ao seu processo de cuidar, torna assim o profissional eficiente e organizado.

Ser competente não se restringe assim somente ao fazer, mas sim ao fazer bem, com consciência, sem fundir competência com qualificação, sem cair no erro de pensar que pelo facto de ser portador de determinadas qualificações, confira, ao enfermeiro, o estatuto de competente. Para Hesbeen (2001), a experiência de vida, as vivências individuais, pessoais e as capacidades desenvolvidas no percurso do processo de cuidar influenciam a nossa competência, realçando assim também a importância da relação terapêutica estabelecida com o utente.

Corroborando, Soto-Fuentes et al. (2014, p. 82) define competências como “um conjunto de comportamentos que incluem conhecimento, habilidades e atributos pessoais que no conjunto são fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho com sucesso”.

As representações sociais, assim como o pensamento social, este construído através do senso comum e fruto da influência da visão dos distintos indivíduos e grupos, são sustentados pelas diferentes interações com a sociedade, correndo o risco de influenciar a prestação de cuidados, que pelas representações internas construídas ou que herdamos da sociedade (Moscovici, 2011) afetam a construção do perfil de competências de cada profissional (Dantas et al., 2014).

Melo (2011) circunscreve as competências profissionais, inerentes às individualidades de cada pessoa, como o fruto do conjunto dos conhecimentos obtidos, das práticas adquiridas, assim como pela conduta num dado contexto.

Num contexto nacional, no campo da Enfermagem, para o efeito, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2015), impõe um enquadramento regulador para o reconhecimento das competências, informando aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais. Parte-se assim do princípio que o enfermeiro deve ser capaz de mobilizar, na sua conduta profissional, os seus conhecimentos, aptidões e competências, avaliando as necessidades de saúde do grupo-alvo das suas intervenções e atuando em todas as circunstâncias de vida dos indivíduos, em todos os níveis de prevenção.

Em 2009, o Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da OE, implicava a competência e o aperfeiçoamento profissional como princípios universais a observar na prática profissional (OE, 2009,).

A OE especifica os critérios de competência como “os elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente” (OE 2012, p. 8).

Como refere o ECDC (2018), o papel dos CSP, prestados essencialmente por enfermeiros, médicos e secretários clínicos são fundamentais no controlo desta infeção, uma vez que consistem, para a maioria da população, no primeiro ponto de contacto para cuidados de saúde.

Entre a equipa multidisciplinar, Fialho, Oliveira & Silva (2018) salientam o reconhecimento social e profissional do Enfermeiro como componente ativo no processo de consolidação da Estratégia em Saúde.

Consequente à nacional reestruturação dos Centros de Saúde, em 2007, que se traduziu na criação das USF, onde cuidados de saúde, individuais e familiares, são prestados por equipas multiprofissionais, formadas por médicos, enfermeiros e secretário clínico onde, conjuntamente, devem fomentar as aptidões e competências de cada categoria profissional, contribuindo para a criação de uma relação interpessoal e profissional estável (Dec-lei 298/2007), impõe-se ao Enfermeiro de Família, uma conduta de excelência, sustentando a sua prática em modelos e teorias.

Reguladas pelo Dec-lei 28/2008, as UCSP têm estrutura idêntica às USF e prestam cuidados de saúde personalizados, garantindo os mesmos pressupostos que estas.

No contexto nacional, a Enfermagem de Saúde Familiar, encontra-se fundamentada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011; OE, 2015), detendo como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desde 2011, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), onde os enfermeiros que as integram deverão deter o título de especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Dec-lei 73/2017, o ponto 4 do artigo 7) com competências específicas neste âmbito.

No âmbito do Enfermeiro de Família, atuando num contexto de USF ou UCSP, sendo titular de um conhecimento aprofundado no domínio singular da Enfermagem em Saúde Familiar, deve também demonstrar níveis elevados de avaliação clínica, crítica e tomada de decisão, traduzidos nas seguintes competências especializadas: a prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo de todo o ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; estabelecer uma relação com a família com fim à promoção da sua saúde, prevenindo a doença e concomitantemente o controlo de situações complexas; analisa todo o prognóstico de saúde da família, monitorizando as intervenções necessárias às diferentes condições de saúde e doença, em todo o tipo de

situações, nomeadamente as mais complexas; desenvolve a sua prática fundamentando-a com evidência científica; intervém de modo efetivo na promoção e na recuperação do bem-estar familiar e facilita a resposta familiar em caso de transição complexa. Do enfermeiro de família, enquanto elemento ativo e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, espera-se que seja igualmente capaz de articular com outras equipas de saúde, no sentido de mobilizar os necessários recursos para uma efetiva prestação de cuidados às famílias, elevando o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2018)

O perfil de competências de cada profissional é construído no decorrer de diversas incidências ou dificuldades, que induzem a mobilização dos conhecimentos prévios, para gerir e solucionar situações profissionais cada vez mais complexas. A competência profissional supõe assim deter não exclusivamente conhecimentos, mas também recursos, treino e atitudes necessárias para exercer determinada profissão, permitindo a capacidade de analisar essas incidências de um modo autónomo, assertivo e flexível e estar habilitado para o exercício profissional (Soto-Fuentes, et al., 2014).

O enfermeiro de família, deve ter na sua constante prática dois objetivos subjacentes, a promoção e proteção da saúde das pessoas ao longo de todo o ciclo vital e a redução da incidência e sofrimento das principais doenças e lesões (OMS, 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma eficaz prestação de serviços no âmbito do controlo da infeção por VIH, requer uma capacitação profissional, através de programas específicos, através da aplicação de conhecimento baseado em evidência científica. É assim considerada como relevante a competência profissional de quem diariamente, no contexto dos CSP, tendo como foco de atuação a proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças, onde o enfermeiro deva ser capaz de colaborar entre vários setores da comunidade e com os diversos profissionais de saúde, assumindo esta prática um papel decisivo na prevenção e controlo desta infeção (OMS, 2018).

É evidente o singular contributo do Enfermeiro de Família, integrado numa equipa multidisciplinar, patenteia a sua importância, como membro integrativo das equipas de profissionais dos CSP, na promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade, no sentido de potenciar a saúde da família e dos seus membros individualmente (OMS, 2000; ICN, 2002, Figueiredo, 2012).

O foco deste profissional centra-se assim na família como um todo e nos seus membros individualmente, conferindo cuidados nas díspares fases da vida da família, implementando constantemente intervenções que se mostrem adequadas às alterações experienciadas no funcionamento familiar (Figueiredo, 2012).

Ao definir a família como unidade de cuidados, as áreas de intervenção do enfermeiro de família estão direcionadas para o processo dinâmico das transições normativas e

acidentais, que ocorrem ao longo de todo o ciclo vital dos indivíduos e respectivas famílias (OE, 2018; OE, 2015).

Através do seu relatório Health 21, a OMS referencia especificamente que os CSP são "o centro da rede de serviços" (OMS, 2000, p.1), evidenciando como um dos 21 objetivos a que se propõe, a importância de garantir que os profissionais de saúde possuam conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas à sua prática profissional.

A capacitação dos profissionais para uma prática competente de aconselhamento e educação para a saúde face à infeção por VIH, salienta-se como uma necessidade imprescindível na qualificação do cuidado de forma estratégica para uma resposta mais assertiva e efetiva (Bott et al., 2015).

3.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Justificação do Estudo

Encarando a investigação como um dos alicerces das diferentes profissões, é assumido que é através desta que ocorre a produção de conhecimento que vai fomentar e sustentar o exercício profissional e a formação dos profissionais, além de colmatar as necessidades sociais e, ainda, subsidiar a concretização de futuras pesquisas (Scarpato et al., 2012).

Com a introdução dos testes rápidos nos CSP (ARS Norte, 2016) surge a necessidade de perceber se os enfermeiros se sentem confiantes e competentes para colocar em prática os conhecimentos, o que enfatiza a fundamental existência não só de formação, mas também orientação contínua (Mngqibisa et al., 2017; Jones & Cameron, 2017).

Assim, visto que Portugal continua a apresentar uma das mais elevadas taxas de incidência de VIH (8,6 casos por 100 000 habitantes), no contexto da União Europeia (DGS, 2018) e passadas 3 décadas do seu surgimento, esta infeção é ainda encarada como um importante problema de saúde pública (INSA, 2018) nomeadamente no contexto da prestação de cuidados de enfermagem à família onde assentes nos pressupostos de acessibilidade, qualidade e continuidade, há que manter a garantia de um nível de capacitação adequada dos profissionais.

Considerando-se a relevância do papel do enfermeiro de família, principalmente pela sua proximidade com o utente, surge a necessidade de analisar e discutir a perceção que os profissionais detêm face às suas competências essenciais à tomada de decisão autónoma, com vista ao controlo e prevenção do VIH neste contexto (Souza & Freitas, 2012).

Para isso, é eminente a implementação de novas estratégias com o intuito de diminuir o número de pessoas diagnosticadas tardiamente ou que desconhecem o seu estatuto serológico, alargando o teste a grupos populacionais mais amplos, através de abordagens estratégicas que, de acordo com o contexto da epidemia local e adaptados às necessidades específicas dos diferentes grupos, fomentem a normalização do teste nos diferentes contextos sociais. Cabe assim aos profissionais, através de estratégias uniformizadas, apoiar a vinculação oportuna à prevenção, ao tratamento e atenção ao VIH. Isso garantirá diagnósticos e início de tratamento cada vez mais céleres, melhores resultados de

tratamento, nomeadamente face à supressão da carga viral, redução da morbilidade, mortalidade e incidência do VIH (ECDC, 2018a).

Tendo por base toda a sustentação teórica que fundamenta esta investigação e, considerando que o controlo da infeção por VIH, atualmente considerada como uma doença crónica, é um território relevante na prestação de cuidados de Enfermagem no contexto dos CSP, esta investigação tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre a perceção dos enfermeiros de CSP sobre as suas competências no controlo da infeção por VIH, disponibilizando um instrumento validado capaz de mensurar o grau de perceção dos profissionais face à temática em estudo.

3.2 Finalidade e Objetivos

O presente estudo tem então como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da identificação da perceção das competências dos enfermeiros de CSP no controlo da infeção VIH /SIDA, permitindo a estes profissionais terem uma participação ativa neste processo, consciencializarem-se da sua importância e do valor da sua normalização e prosperarem um cada vez melhor e mais efetivo exercício profissional.

Pretende-se com este estudo atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar a perceção de competências dos enfermeiros, em contexto de CSP, no controlo da Infeção por VIH;
- Identificar a relação entre ter ou não formação sobre a Infeção por VIH e a perceção de competências dos enfermeiros no controlo da Infeção por VIH.

3.3 Tipo de Estudo

Atendendo ao objeto de estudo, referencial teórico e objetivos propostos, optou-se pelo tipo de estudo que mais se adequa ao problema de pesquisa (Scarparo et al., 2012), optando-se por uma abordagem quantitativa (Fortin, 2009).

Este estudo tem como objetivo a obtenção de informação sobre as percepções de uma população sobre determinado fenómeno, permitindo evidenciar as diferenças observadas em dois ou mais grupos de participantes (Fortin, 2009).

É um estudo descritivo na medida em que se pretende “identificar os principais fatores ou variáveis que existem numa dada situação ou comportamento” (Freixo, 2011, p. 106), mas revela-se descritivo-correlacional na medida em que vai mensurar se há relação entre a realização de formação sobre infeção por VIH e o grau de percepção de competência do profissional.

Face à temporalidade da recolha dos dados, este estudo classifica-se como sendo um estudo transversal.

3.4 População e Amostra

A população deste estudo foi constituída por todos os enfermeiros a exercer as suas funções em USF e UCSP dos diferentes ACeS da ARS Norte, optando-se pelo método de amostragem por conveniência.

A amostra accidental ou de conveniência é sustentada por critérios de inclusão restritivos, sendo constituída por indivíduos que se encontram facilmente acessíveis (Fortin, 2009).

3.5 Instrumento de Colheita de Dados

No decorrer da revisão da literatura, perante a inexistência de um instrumento capaz de responder na sua totalidade ao objetivo proposto, decorreu a necessidade da construção de um instrumento de raiz, fundamentado no enquadramento conceptual concretizado, a fim de avaliar as componentes/dimensões do fenómeno em análise.

Para dar respostas aos objetivos, foi contruído um formulário constituído por um conjunto de enunciados ou questões que permitem a recolha de “informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos,

sentimentos ou opiniões” (Fortin, 2009, p. 380) estando a sua utilização aconselhada quando se pretende interrogar um grande número de indivíduos (Polit & Beck, 2011).

Para a construção de um instrumento que capaz de avaliar a percepção de competências dos Enfermeiros, em contexto de CSP no Controlo da Infecção VIH/SIDA o qual designamos como Escala de Avaliação da Percepção de Competências dos Enfermeiros, em contexto de CSP no Controlo da Infecção VIH/SIDA (ECAPC-VIH_CSP) desenvolvemos as seguintes etapas:

3.5.1 Definição das variáveis

Foi consultada literatura relativa ao VIH, às competências do Enfermeiros, assim como face à existência de escalas ou outros instrumentos que medissem a Percepção de Competências dos Enfermeiros, em contexto de CSP no Controlo da Infecção por VIH/SIDA

Iniciou-se a pesquisa com base nas variáveis a mensurar e concluiu-se que o atributo a avaliar: “percepção de competência” constitui a variável dependente.

As restantes variáveis, que não são diretamente mensuradas ou observadas, mas que se conseguem explicar, por meio de um combinado de outras variáveis, as variáveis componentes, passíveis de observação ou mensuração (Curado, Teles & Marôco, 2014) designadas de variáveis componentes, definidoras da variável latente, são aclaradas através do suporte teórico disponível, investigação sobre a temática, ou, perante a inexistência ou insuficiência destes recursos, o senso comum e a intuição, sendo medidas através de um conjunto de itens (Ribeiro, 2010).

3.5.2 Elaboração e construção dos itens

Como sugerem Freire e Almeida (2008), após a revisão da literatura, a elaboração e seleção dos itens foi realizado com base na revisão da literatura que fomenta a prática de cuidados na prevenção e controlo da infeção por VIH, assim como o papel do Enfermeiro de Família perante esses cuidados. Os itens foram construídos sob a forma de pergunta fechada, optando-se por uma escala tipo Likert de sete alternativas, uma vez que admite

uma resposta neutra, assim como respostas intermédias entre os polos gerando um instrumento de avaliação mais precisa, mais fácil de usar (Finstad, 2010).

Segundo Fortin (2009) a formulação dos itens deve ser clara e concisa, de fácil compreensão, com os termos técnicos bem aclarados, permitindo a obtenção de respostas objetivas e evitando manifestar mais do que um parecer na mesma questão ou sugerir respostas socialmente corretas. Deve evitar-se o uso de palavras que se prestem a interpretações assim como a questões de carácter depreciativo ou faccioso. Por fim, na medida do possível, as questões devem reporta-se à atualidade e não devem incluir dupla negação. Para a formulação e elaboração dos itens desenvolvemos três etapas:

1ª Etapa:

Foi adotado um método sistematizado de julgamento de informações, através do qual se procurou alcançar um consenso junto de especialistas, sobre o controlo da infeção por VIH, por meio de faseadas e articuladas validações, em diferentes momentos (Castro & Rezende 2009) permitindo uma sólida construção de consensos de opiniões sobre esta temática, favorecendo a discussão de aspetos relevantes para o futuro da enfermagem (Scarparo, 2012).

Assim, em qualquer processo de investigação, no qual careça a necessidade de seleccionar peritos, faz sentido que esta seleção não seja aleatória, mas sim de conveniência ou intencional. Deste modo, os critérios de inclusão e exclusão, para a composição desta, foram claros face à descrição do estudo, a fim de objetivar e discriminar os procedimentos metodológicos realizados (Scarparo, 2012).

Foram elencados como especialistas 7 Profissionais de Saúde, entre estes Médicos, Enfermeiros e Psicólogos com formação específica e experiência profissional em infeção por VIH.

Relativamente à constituição do grupo de peritos, Lynn, 1986 (cit. in Fortin, 2009) sugere um mínimo de cinco e um máximo de 10 pessoas, ainda que atente ser exequível obter dados satisfatórios com apenas três elementos. Contudo, Haynes, Richard e Kubany 1995 (cit. in Alexandre & Coluci, 2011) propõem a participação de seis a 20 peritos.

Foi assim reunido, no dia 21 de fevereiro, os elementos do focus group, onde através da interação do grupo, foi realizada uma recolha e partilha de dados para a proposta inicial do instrumento apresentado pela investigadora. Neste processo é reconhecido o papel activo desta na dinamização da discussão, na compreensão dos dados e na constante focalização desta discussão no instrumento em análise (Krueger & Casey, 2009).

Deste momento de partilha e discussão permitiu a elaboração dos itens e consequentemente a primeira versão da ECAPC-VIH_CSP (ANEXO 1)

2ª Etapa:

Foi submetido à revisão de peritos nacionais, durante o mês de fevereiro de 2019, a primeira versão do instrumento, onde através do seu envio via email, foi solicitado aos peritos que, posteriormente à sua análise através de procedimento quantitativo dos seguintes parâmetros: Clareza/ambiguidade dos itens; Semelhança com outros itens e Relevância para o construto, realizassem as alterações que considerassem essenciais, assim como expusessem as sugestões que julgassem pertinentes.

Foram também, juntamente com o envio da solicitação de colaboração para validação de conteúdo do instrumento, fornecidos aos peritos, os seus fundamentos conceituais e teóricos, nomeadamente a relevância dos conceitos abrangidos e do instrumento como um todo, incluindo-se também informações sobre o contexto e população abrangida, assim como o objetivo do estudo, a sua descrição e interpretação e uma explicação sobre os crescentes itens da Escala de Likert, onde 1 diz respeito a nenhum conhecimento, recurso ou intervenção e 7 significa total conhecimento, recurso ou intervenção (Vilelas, 2017).

Foram obtidas respostas por parte de apenas 5 peritos contactados, propondo alterações e sugestões e a diligência de mais itens no questionário. Foi sugerida a alteração do item “Oriento o utente para diferentes agentes da comunidade assim como com os diversos profissionais de saúde” para “Tenho conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção VIH”

Relativamente ao seu conteúdo, a escala foi estruturada em duas partes: a primeira parte consiste na caracterização sociodemográfica dos indivíduos; e na segunda a caracterização da temática em análise.

3ª Etapa:

Após a sua revisão, efetuou-se a aplicação do instrumento a oito enfermeiros com as particularidades da população-alvo, num processo de pré-teste.

Este é o ensaio de um instrumento de medida, antes da sua utilização em maior escala, cujo intuito é verificar a sua eficácia, detetando lacunas e/ou fragilidades, apurando o grau de perceção face à linguagem aplicada, ambiguidade das questões impossibilitando a

obtenção da informação ambicionada, reconhecendo se o instrumento é excessivamente complexo, provocando abnegação (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011; Scarparo et al., 2012).

Assim, não havendo qualquer tipo de sugestão, concluiu-se que a validação de conteúdo do instrumento de colheita de dados estava apropriada ao estudo e procedeu-se à sua aplicação final.

Foi realizado o envio através de email e a aplicação da escala composta por 19 itens, a todos os Enfermeiros a exercer funções em contexto de USF ou UCSP pertencentes à ARS Norte, através do link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_Jja77kMVhTgy8QcVG9qTrkqgazoYxPTcfvLKkj1JOiSt3g/viewform que dava acesso ao aplicativo GoogleForms onde se encontrava a escala.

A aplicação de instrumentos de colheita de dados através de plataformas eletrónicas é cada vez mais frequente, e especialmente no campo da investigação na área da Enfermagem, esta tem-se mostrado como uma essencial ferramenta, uma vez que para além de assegurar os pressupostos éticos inerentes a qualquer investigação, permite também a obtenção de uma maior e mais heterogénea amostra proporcionando, consequentemente, uma superior quantidade de dados (Scarparo et al., 2012).

No que respeita à aplicação da ECAPC-VIH_CSP, através da plataforma eletrónica, foram obtidas 125 respostas dos distintos contextos USF e UCSP.

3.6 Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados

Após a aplicação da ECAPC-VIH_CSP, foi realizada a codificação das respostas no sentido de proceder à sua introdução e tratamento estatístico dos dados recolhidos através do programa SPSS, versão 25, para ambiente Windows. Este, tem-se revelado uma relevante ferramenta informática na análise de dados em ciências sociais uma vez “(...) que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em poucos segundos” (Pereira, 2008, p. 16).

Para analisar as características da amostra, foram implementados métodos de estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão assim como métodos de estatística inferencial. Foram ainda utilizados métodos de estatística inferencial, no sentido de testar a hipótese formulada.

Como refere Fortin (2009, p. 411), a estatística descritiva consente “(...) descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis (...)” enquanto que a estatística inferencial, tem como propósito “(...) destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra” (Fortin, 2009, p. 440).

A análise descritiva, nomeadamente face às medidas de dispersão e de tendência central, foi útil relativamente ao estudo das variáveis quantitativas, assim como ao teste de Wilcoxon com o desígnio de alcançar qual o grau de relação entre variáveis.

Foram assim analisadas as propriedades psicométricas da ECAPC-VIH_CSP, a fim de reconhecer a sua validade e fidelidade.

De acordo com os autores Freire & Almeida (2008), a validade refere-se à congruência do instrumento.

Existem três tipos de validade: a validade de conteúdo, que nos remete para a representatividade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir; a validade prática ou externa, que reporta a relação entre o instrumento de medida e uma outra medida independente suscetível de tratar do mesmo fenómeno e a validade teórica, de construto ou interna corresponde à validação dos itens e dos resultados (Fortin, 2009; Freire & Almeida, 2008).

A fidelidade exprime a exatidão da informação obtida, podendo ser avaliada em termos de estabilidade ou em termos de consistência interna (Freire & Almeida, 2008).

A estabilidade corresponde à propriedade do instrumento originar um análogo produto em momentos distintos, se efetuado nas mesmas condições e aos mesmos sujeitos (Fortin, 2009) decorrendo assim uma estabilidade temporal.

Para confrontar as perceções de competências dos enfermeiros que realizaram formação prévia relativa à infeção por VIH face àqueles que não realizaram formação, empregou-se o teste de Mann-Whitney visto este possibilitar a verificação da correspondência de comportamento entre dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2014) usando como nível de significância dos resultados o valor de referência $p < 0,05$, o mesmo considerado no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde (Ribeiro, 2008; Fortin, 2009).

Para avaliar a consistência interna, ou seja, a homogeneidade dos enunciados da ECAPC-VIH_CSP (Fortin, 2009; Freire & Almeida, 2008), foi utilizado o coeficiente α de Cronbach, sendo que, segundo Ribeiro (2008) para existir uma boa consistência interna do instrumento é necessário que o valor do mesmo seja superior a 0,80. Contudo, Fortin (2009) especifica, referindo que valores inferiores a 0,6 são inaceitáveis; entre 0,6 e 0,7 são fracos; entre 0,7 e 0,8 consideram-se razoáveis; entre 0,8 e 0,9 classificam-se como

bons e acima de 0,9 são estimados excelentes. Assim, quanto mais elevado o valor do coeficiente for, maior consistência interna exprime.

Através do coeficiente α de Cronbach, que varia entre 0,00 e 1,00, é permitido apurar até que ponto cada item do instrumento mensura, o mesmo conceito, isto é, a variável latente.

O valor do coeficiente α de Cronbach é tanto maior quanto maior forem as correlações entre os itens, maior quantidade destes assim como maior e mais aleatória for a amostra (Fortin, 2009; Hill & Hill, 2012).

3.7 Considerações Éticas

O estudo apresentado é parte integrante de um projeto de investigação internacional Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa para os CSP, sediado na ESEP / Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), com carta de parceria estabelecida entre a ESEP e a ARS Norte, no âmbito do protocolo de cooperação entre estas duas instituições.

A ética reporta-se à determinação dos princípios que fundamentam a ação humana, dando bases à investigação para que esta tenha como prioridade o respeito pelos direitos da pessoa (Fortin, 2009).

Como método de busca pela verdade, a investigação científica acarreta constantemente a responsabilidade ética, onde o investigador deve manter uma conduta de isenção, rigor, persistência, humildade e respeito pelos limites da pessoa, durante todo o seu processo metodológico (Polit & Beck, 2011).

Devem ser sempre respeitados e protegidos a cada participante os seguintes direitos: direito à autodeterminação, à confidencialidade, à intimidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

Ao longo do progresso deste estudo, foram persistentemente contemplados os princípios éticos:

Autonomia - tanto os membros dos grupos de peritos, como os participantes que responderam ao instrumento de recolha de dados, foram convidados a integrar o estudo de forma voluntária, após serem devidamente informados sobre o mesmo.

Não Maleficência - durante o estudo não se antecipou qualquer dano para os intervenientes, podendo cada participante abandonar o estudo quando e assim se o entender.

Beneficência: os participantes do estudo estarão a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, sendo futuramente, informados dos resultados do mesmo se assim o julgarem.

Justiça - foi garantida a todos os participantes do estudo a oportunidade de manifestar o seu contributo para o progresso do mesmo.

Com o objetivo de uma solicitação formal para a aplicação do instrumento de colheita de dados nas diferentes UCC e USF da ARS Norte, foram realizados contactos com os diversos Diretores Executivos dos distintos ACeS da ARS Norte, através do envio de email (Anexo 2) sensibilizando para o estudo a ser desenvolvido e requerendo o seu parecer.

Após o seu outorgamento, a recolha de dados realizou-se, através da plataforma digital GoogleForms, entre o dia 15 de julho e 15 agosto de 2019.

O instrumento foi precedido de um consentimento informado, onde constava a finalidade do estudo e descrição dos objetivos assim como devidas instruções de preenchimento.

O consentimento livre e esclarecido, é uma primordial ferramenta no sentido de que é através deste que o investigador se assegura de que os participantes compreendem a informação e que esta é adequada, legando-lhes a possibilidade de determinar participar voluntariamente ou não na investigação (Polit & Beck, 2011).

Após a recolha dos dados, foi realizada a sua codificação, para de seguida estes serem tratados estatisticamente através do programa de análise estatística SPSS, versão 25, para Windows.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentam-se neste capítulo, os dados relativos à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra. Em seguida os resultados da análise estatística, desenvolvidos com o intuito de se proceder às operações inerentes à validação da Escala, pela determinação da sua validade e confiabilidade, conforme preconizado por Polit & Beck (2011) - Escala de Avaliação da Percepção de Competências dos Enfermeiros em contexto de CSP no Controlo da Infecção VIH/SIDA (ECAPC-VIH_CSP). Posteriormente os resultados referentes à avaliação da percepção de competências dos enfermeiros, em contexto de CSP, no controlo da Infecção por VIH e as diferenças obtidas na percepção de competências dos enfermeiros entre os enfermeiros que fizeram formação sobre da Infecção por VIH e os que não fizeram formação nesta área.

4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional

De acordo com a Tabela 1, constatou-se que a amostra deste estudo é constituída por 125 enfermeiros (n=125), sendo a sua maioria (76,8%; n=96) do sexo feminino. No que concerne ao intervalo de idades dos profissionais que participaram no estudo, estes apresentam uma média de 43 anos de idade, com um desvio padrão de 6,9 anos. Face ao contexto profissional, a maioria (76,8%; n=96) dos enfermeiros exerce funções em contexto de USF e relativamente ao grau académico, 80% dos profissionais possui o grau de Licenciatura.

Relativamente às habilitações profissionais, 50,4% (n=63) dos inquiridos refere não possuir título de Enfermeiro Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Dos 49,6% (n=62) que referem possuir título de Enfermeiro Especialista, a maioria (33,9%; n=21) possui o Título de Especialista em Enfermagem Comunitária, 21% (n=13) em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e 16,1% (n=10) em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Tabela 1).

Relativamente ao tempo de exercício profissional, os elementos da amostra, apresentam uma média de exercício profissional de 20 anos, com um desvio padrão de 6,85 anos

(tabela 1). A média relativamente ao tempo de exercício profissional especificamente em contexto de CSP é de 14 anos, com um desvio padrão de 6,3 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra

Variável	n	f (%)	M	DP
Sexo				
Feminino	96	76,8%		
Masculino	29	23,2%		
Idade (anos)			43	6,9
Habilitações Académicas				
Bacharelato	2	1,6%		
Licenciatura	100	80,0%		
Mestrado	23	18,4%		
Unidade Funcional				
USF	96	76,8%		
UCSP	29	23,2%		
Tempo de Exercício Profissional (anos)			20	6,8
Tempo de Exercício Profissional em CSP (anos)			14	6,3
Especialista				
Sim	62	49,6%		
Não	63	50,4%		
Especialidade				
Enfermagem Comunitária	21	33,9%		
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	1,6%		
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	13	21,0%		
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	10	16,1%		
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	9	14,5%		
Enfermagem de Reabilitação	8	12,9%		

Perante a análise dos dados contemplados na Tabela 2, constata-se que a maioria (70,4%; n=88) refere ter formação em Infecção por VIH, dos quais 80,7% (n=71) refere ter sido em contexto de formação em serviço. Relativamente ao tempo de formação, a maioria dos profissionais (64,8%; n=57) referem uma duração média de formação entre 1 a 10 horas.

Tabela 2 - Caracterização da amostra face à formação dos profissionais em Infecção por VIH

Variável	n	f (%)
Formação em VIH		
Sim	88	70,4
Não	37	29,6
Contexto da Formação em VIH		
Formação em Serviço	71	80,7
Formação Académica	6	6,8
Congresso	7	8,0
Outro	4	4,5
Tempo de Formação em VIH (h)		
1-10h	57	64,8%

11-20h	10	11,4%
>20h	9	10,2%
Sem especificar	12	13,6%

4.2 Validação da Escala

A fim de garantir a qualidade psicométrica da escala, há que atentar à validade e fiabilidade desta. Assim, sendo o α de Cronbach, a medida de mensuração da confiabilidade do instrumento, útil na interpretação dos resultados, assume-se assim como um indicador importante face à qualidade do mesmo (Polit, Beck & Hungler, 2014).

Após uma primeira análise face às características da amostra em estudo, realizou-se a avaliação da consistência interna da ECAPC-VIH_CSP, com dezanove itens, como forma de avaliar a fidelidade do instrumento, através do α de Cronbach ($\alpha = 0,936$), resultando assim num valor através do qual se assume elevada consistência interna. Perante a avaliação dos valores individuais de α de Cronbach, por estes serem superiores a 0,80, revela existir uma boa consistência interna (Ribeiro, 2010), concluindo-se que a ECAPC-VIH_CSP é fiel (Tabela 3).

Tabela 3 - Medidas de Consistência Interna relativas da ECAPC-VIH_CSP

Variável	M	DP	r (Correlação item-total)	α de Cronbach sem o item
1. Tenho conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no meu ACeS	4,81	1,753	0,546	0,934
2. Tenho conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH	5,05	1,549	0,692	0,932
3. Sinto-me capacitado (a) para desenvolver estratégias de controlo da infeção por VIH	5,25	1,517	0,697	0,931
4. Realizo intervenções de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os meus utentes para a infeção por VIH	4,78	1,958	0,727	0,930
5. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PREP)	4,52	2,062	0,738	0,930
6. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PPE)	5,08	1,473	0,628	0,933
7. Proponho a realização do teste rápido para a deteção da infeção por VIH a todos os meus utentes	5,28	1,790	0,478	0,935

8. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, a realização de teste rápido VIH	3,93	2,126	0,747	0,930
9. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de Tuberculose, a realização de teste rápido VIH	3,54	1,869	0,579	0,933
10. Tenho conhecimento que o aconselhamento está inerente à realização de teste VIH/SIDA	4,71	1,840	0,742	0,930
11. Disponho de tempo para realizar aconselhamento inerente à realização de teste rápido para a infeção por VIH	3,73	1,829	0,718	0,931
12. Na realização do teste rápido, explico os procedimentos e as estratégias a desenvolver caso o resultado do mesmo seja positivo	4,80	1,783	0,792	0,929
13. Faço avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade	4,38	1,879	0,554	0,934
14. Quando o utente demonstra relutância em realizar o teste, estímulo a expressão dos seus sentimentos	4,01	2,112	0,554	0,934
15. Após teste com resultado negativo para a infeção por VIH, avalio eventuais falsas perceções de imunidade por parte do utente, reforçando as diferentes estratégias de prevenção combinada	3,43	1,696	0,426	0,936
16. Sinto-me capacitado (a) para transmitir um resultado de teste VIH reativo	5,14	1,623	0,675	0,932
17. Quando o teste rápido VIH tem resultado reativo, desenvolvo intervenções que visem sensibilizar o utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais)	3,92	1,937	0,623	0,933
18. Tenho conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção VIH	3,52	1,716	0,542	0,934
19. Sinto-me capacitado (a) para promover a adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis	4,46	1,886	0,678	0,931

Para a mensuração da validade de construto da ECAPC-VIH_CSP, realizou-se a análise fatorial, consentindo assim reter os itens através de agrupamentos de conceções fortemente interligados (Fortin, 2000).

Para identificar o padrão de correlação entre as variáveis, é suposto a matriz de correlações apresentar grande parte dos coeficientes com valores acima de 0,30. Assim, recorreu-se ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), testando a consistência geral dos dados obtidos.

De acordo com a tabela 4 constata-se que, da análise por componentes, com rotação Varimax, utilizando o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), resulta a ECAPC-VIH_CSP como uma escala com 4 dimensões.

Através do teste KMO e da esfericidade de Bartlett, objetivou-se mensurar a adequação ao modelo fatorial com o pressuposto da avaliação da qualidade das correlações entre as diferentes variáveis (Pestana & Gageiro, 2014). Obteve-se um teste de KMO, que avalia a adequação da amostra, com valor igual a 0,895, o que indica haver uma correlação boa entre as variáveis da ECAPC-VIH_CSP. O teste de esfericidade de Bartlett, mostra-se estatisticamente significativo ($p < 0,05$) com valor de $p = 1807,345$ o que indica a existência de um nível de significância estatisticamente significativo (Pallant, 2007; Hair et al., 2014).

Tabela 4 - Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Bartlett

Medida KMO de adequação de amostragem.		0,895
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1807,345
	gl	253
	Sig.	0,000

Após a verificação da adequabilidade da base de dados, assume-se essencial a determinação da técnica de extração dos diferentes fatores (Tabachinik & Fidell, 2014). Tanto através da técnica de análise dos componentes principais, onde toda a variância é empregue, como através da análise fatorial, onde apenas a variância compartilhada é usada (Dancey & Reidy, 2006). Segundo Hair et al (2014), ambas as técnicas, alcançam os mesmos resultados se estivermos na presença de 30 variáveis, ou se as comunalidades relativamente às variáveis ultrapassarem, na sua maioria, valores de 0,60, como se expressa neste estudo.

As comunalidades correspondem à proporção de variabilidade de cada variável explicada pelos demais fatores. Com limite mínimo expectável superior a 0,5, quanto maior se verificar o valor relativo à comunalidade, maior será a capacidade de interpretação daquela variável pelo fator. Constatou-se que de uma forma geral, por se encontrarem os valores perto de 1, todos os itens são passíveis de serem explicados pelo fator.

Para limitar o número de fatores a serem extraídos, pretendendo confinar a quantidade de fatores melhor representativos do padrão de correlação entre as variáveis estudadas, foi identificada a quantidade mínima de fatores que maximiza a variância total explicada (Tabachinick e Fidell, 2014).

Na ausência de consenso face aos critérios relativamente à quantidade de fatores a serem extraídos, Garson (2015), assume a extração dos fatores que apresentem valores acima de um, ou seja, identificado como fator que contribui para a explicação da variância nas variáveis iniciais.

Objetivando a rotação dos eixos para a determinação das variáveis a agrupar em cada componente (Engel & Zannin, 2013), utilizou-se o tipo de rotação ortogonal Varimax, por

ser uma técnica acessível de reportar e decifrar (Tabachnick & Fidell, 2014), assim como um método efetivo na procura pela minimização do número de variáveis que ostentam elevadas cargas em cada componente (Pallant, 2005).

Assim, o fator 1 que dá origem à dimensão 1, Competências ao nível da educação para a saúde e capacitação do utente face à infeção por VIH, é constituída por 7 itens e representa 47,50% da variância explicada do constructo (Tabela 5). O fator 2 que dá origem à dimensão 2, Competências relacionadas com a realização do teste rápido para a infeção por VIH, é constituída por 5 itens e representa 8,82% da variância explicada do constructo. O fator 3 que dá origem à dimensão 3, Conhecimentos em epidemiologia, profilaxia e normas para a infeção por VIH, é constituída por 4 itens e representa 7,05% da variância explicada do constructo. Finalmente, o fator 4 que dá origem à dimensão 4, Competências de promoção face à realização do teste rápido para a infeção por VIH, é constituída por 3 itens e representa 5,61% da variância explicada do constructo.

Tabela 5 - Estrutura Fatorial ECAPC-VIH_CSP

Itens	Fator1	Fator2	Fator3	Fator4
4. Realizo intervenções de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os meus utentes para a infeção por VIH	0,718			
19. Sinto-me capacitado (a) para promover a adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis	0,710			
13. Faço avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade	0,702			
12. Na realização do teste rápido VIH, explico os procedimentos e as estratégias a desenvolver caso o resultado do mesmo seja positivo	0,668			
17. Quando o teste rápido VIH tem resultado reativo, desenvolvo intervenções que visem sensibilizar o utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais)	0,602	0,489		
3. Sinto-me capacitado (a) para desenvolver estratégias de controlo da infeção por VIH	0,594		0,445	
10. Tenho conhecimento que o aconselhamento está inerente à realização de teste VIH/SIDA	0,586			0,530
16. Sinto-me capacitado (a) para transmitir um resultado de teste VIH reativo		0,771		
11. Disponho de tempo para realizar aconselhamento inerente à realização de teste rápido para a infeção por VIH		0,681		
14. Quando o utente demonstra relutância em realizar o teste, estímulo a expressão dos seus sentimentos	0,406	0,650		
18. Tenho conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção VIH		0,637	0,404	
15. Após teste com resultado negativo para a infeção por VIH, avalio eventuais falsas	0,497	0,623		

perceções de imunidade por parte do utente, reforçando as diferentes estratégias de prevenção combinada				
6. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PPE)			0,797	
5. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PREP)			0,772	
1. Tenho conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no meu ACeS			0,666	
2. Tenho conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH	0,446		0,636	
9. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de Tuberculose, a realização de teste rápido VIH				0,789
7. Proponho a realização do teste rápido para a deteção da infeção por VIH a todos os meus utentes				0,784
8. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis, a realização de teste rápido VIH				0,665
Variância (%)	47,50	8,82	7,05	5,61
	Total		68,96	
Teste de Especificidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado		1535,81	
	Sig.		0,000	
Medida KMO			0,904	

Com os resultados descritos anteriormente, confirma-se a existência de 4 dimensões: Competências ao nível da prevenção e redução das complicações da infeção por VIH; Competências relacionadas com a realização do teste rápido para a infeção por VIH; Conhecimentos em epidemiologia, profilaxia e normas para a infeção por VIH; Competências de promoção face à realização do teste rápido para a infeção por VIH, que integram os itens descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos itens da versão final da ECAPC-VIH_CSP, organizados por dimensões

Dimensões	Itens
D1- Competências ao nível da educação para a saúde e capacitação do utente face à infeção por VIH	3, 4, 10, 12, 13, 17, 19
D2- Competências relacionadas com a realização do teste rápido para a infeção por VIH	11, 14, 15, 16, 18
D3- Conhecimentos em epidemiologia, profilaxia e normas para a infeção por VIH	1, 2, 5, 6
D4- Competências de promoção face à realização do teste rápido para a infeção por VIH	7, 8, 9

No sentido de analisar a relação das dimensões entre si e com o global da escala, foi realizado o teste de Spearman (Tabela 7).

Podemos concluir que todas as dimensões se relacionam entre si e com o global da Escala de forma estatisticamente significativa ($p=0,000$) e no sentido positivo. Isto quer dizer que cada dimensão da escala contribui para o global da ECAPC-VIH_CSP (tabela 7).

Tabela 7 - Correlação entre as dimensões e o global da ECAPC-VIH_CSP

Dimensões/ Global Escala		D1	D2	D3	D4	Global da Escala
D1	Coef.	1,000				
	Correlação					
D2	Sig.	-				
	Coef.	0,754	1,00			
D3	Correlação					
	Sig.	0,000	-			
D4	Coef.	0,454	0,633	1,000		
	Correlação					
D4	Sig.	0,000	0,000	-		
	Coef.	0,607	0,682	0,449	1,000	
Global da Escala	Correlação					
	Sig.	0,000	0,000	0,000	-	
Global da Escala	Coef.	0,815	0,920	0,736	0,832	1,000
	Correlação					
Global da Escala	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	-

Podemos concluir que a ECAPC-VIH_CSP apresenta boas características psicométricas, pelos resultados obtidos na fiabilidade e validade do instrumento de medida. A escala diferencia-se em 7 pontos, de 1 a 7, em que o ponto 7 reflete o máximo de competências e o 1 o mínimo de competências. Valores globais da ECAPC-VIH_CSP inferiores a 2,25 traduzem mau nível de competência, valores maiores ou iguais a 2,25 e inferiores a 3,5, traduzem níveis insuficiente de competência; valores maiores ou igual a 3,5 e inferiores a 4,75, traduzem suficiente nível de competência; e valores superiores ou igual a 4,75 significam bons níveis de competência.

Foi realizado o teste de Kolmogorov Smirnov (Z), no sentido de avaliar da não normalidade da distribuição da amostra nas dimensões da escala e no Total da Escala (total das dimensões). Verificamos que na Dimensão 2, e 4 estas apresentam distribuição não normal, pelo que se aplicaram os testes estatísticos não paramétricos.

Tabela 8 - Resultados do teste de normalidade da ECAPC-VIH_CSP, por dimensão e no global

Dimensões	Z	p (Sig.)
D1- Competências ao nível da educação para a saúde e capacitação do utente face à infeção por VIH	0,072	0,177

D2- Competências relacionadas com a execução do teste rápido VIH	0,093	0,010
D3- Conhecimentos em epidemiologia, profilaxia e normas	0,073	0,096
D4- Competências de promoção de realização do teste rápido VIH	0,022	0,022
Global da Escala	0,067	0,200

4.3 Avaliação da perceção de competências dos enfermeiros, em contexto de CSP, no controlo da Infecção por VIH

Verifica-se, de acordo com a Tabela 9, que os itens nos quais os enfermeiros de CSP apresentam um bom nível de competência (valores superiores ou igual a 4,75) são os seguintes:

- *Realizo intervenções de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os meus utentes para a infeção por VIH (1);*
- *Sinto-me capacitado (a) para promover a adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis (2);*
- *Faço avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade (3);*
- *Na realização do teste rápido VIH, explico os procedimentos e as estratégias a desenvolver caso o resultado do mesmo seja positivo (4);*
- *Sinto-me capacitado (a) para desenvolver estratégias de controlo da infeção por VIH (6);*
- *Tenho conhecimento que o aconselhamento está inerente à realização de teste VIH/SIDA (7);*
- *Após teste com resultado negativo para a infeção por VIH, avalio eventuais falsas perceções de imunidade por parte do utente, reforçando as diferentes estratégias de prevenção combinada (12);*
- *Tenho conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH (16);*

Os itens que traduzem suficiente nível de competência são os seguintes itens:

- *Quando o teste rápido VIH tem resultado reativo, desenvolvo intervenções que visem sensibilizar o utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais) (5);*
- *Sinto-me capacitado (a) para transmitir um resultado de teste VIH reativo (8);*
- *Disponho de tempo para realizar aconselhamento inerente à realização de teste rápido para a infeção por VIH (9);*

- Quando o utente demonstra relutância em realizar o teste, estímulo a expressão dos seus sentimentos (10);
- Tenho conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção VIH (11);
- Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PPE) (13);
- Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PREP) (14);
- Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de Tuberculose, a realização de teste rápido VIH (17);
- Proponho a realização do teste rápido para a deteção da infeção por VIH a todos os meus utentes (18);
- Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis, a realização de teste rápido VIH (19);

O item que indica um nível insuficiente de competência é o 15, que se reporta ao conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no respetivo ACeS. Realça-se a inexistência de itens que traduzem mau nível de competência.

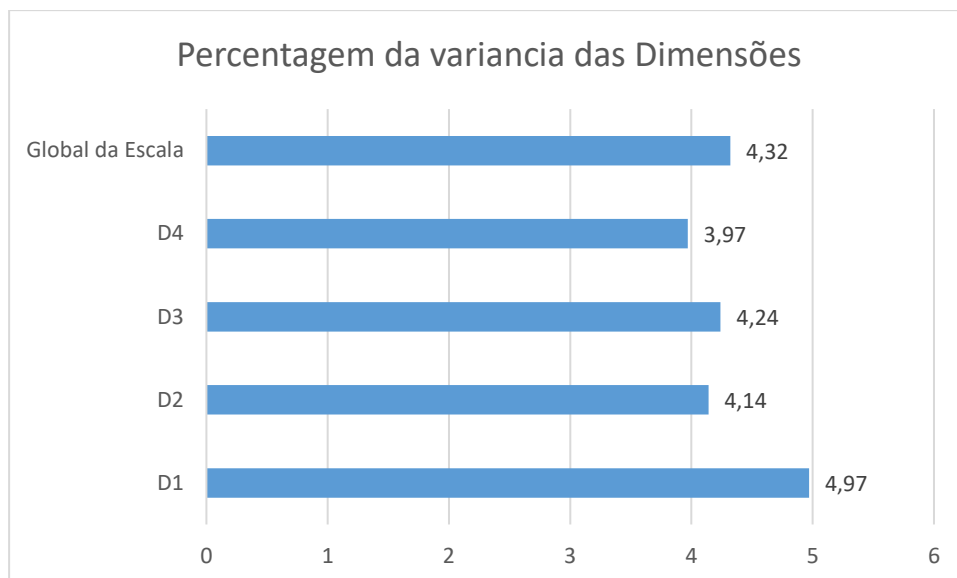
Tabela 9 - Descrição dos itens da ECAPC-VIH_CSP

Itens	M	DP	Valor Mín	Valor Máx
4. Realizo intervenções de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os meus utentes para a infeção por VIH	4,81	1,754	1,00	7,00
19. Sinto-me capacitado (a) para promover a adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis	5,05	1,549	1,00	7,00
13. Faço avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade	5,25	1,517	1,00	7,00
12. Na realização do teste rápido VIH, explico os procedimentos e as estratégias a desenvolver caso o resultado do mesmo seja positivo	4,78	1,958	1,00	7,00
17. Quando o teste rápido VIH tem resultado reativo, desenvolvo intervenções que visem sensibilizar o utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(a)s	4,52	2,062	1,00	7,00
3. Sinto-me capacitado (a) para desenvolver estratégias de controlo da infeção por VIH	5,08	1,473	1,00	7,00
10. Tenho conhecimento que o aconselhamento está inerente à realização de teste VIH/SIDA	5,28	1,790	1,00	7,00
16. Sinto-me capacitado (a) para transmitir um resultado de teste VIH reativo	3,93	2,126	1,00	7,00
11. Disponho de tempo para realizar aconselhamento inerente à realização de teste	3,54	1,869	1,00	7,00

rápido para a infeção por VIH				
14. Quando o utente demonstra relutância em realizar o teste, estímulo a expressão dos seus sentimentos	4,71	1,840	1,00	7,00
18. Tenho conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção VIH	3,73	1,829	1,00	7,00
15. Após teste com resultado negativo para a infeção por VIH, avalio eventuais falsas perceções de imunidade por parte do utente, reforçando as diferentes estratégias de prevenção combinada	4,80	1,782	1,00	7,00
6. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PPE)	4,38	1,878	1,00	7,00
5. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PREP)	4,01	2,112	1,00	7,00
1. Tenho conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no meu ACeS	3,43	1,696	1,00	7,00
2. Tenho conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH	5,14	1,623	1,00	7,00
9. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de Tuberculose, a realização de teste rápido VIH	3,92	1,937	1,00	7,00
7. Proponho a realização do teste rápido para a deteção da infeção por VIH a todos os meus utentes	3,52	1,716	1,00	7,00
8. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis, a realização de teste rápido VIH	4,46	1,886	1,00	7,00

A dimensão um, relacionada com as competências ao nível da educação para a saúde e capacitação do utente face à infeção por VIH, foi aquela que apresentou maior peso de resposta relativamente ao grau de perceção de competência dos profissionais no controlo desta infeção, enquanto que a dimensão quatro, competências de promoção de realização do teste rápido VIH, foi a dimensão onde os profissionais apresentaram menor grau de competência (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Percentagem da Variância das Dimensões da ECAPC-VIH_CSP



4.4 Relação entre ter formação sobre a infeção por VIH e a perceção de competências dos enfermeiros no controlo da infeção por VIH.

Após a análise da Tabela 10, onde se analisou a relação entre ter formação sobre a infeção por VIH e o nível de competências, concluiu-se que existe correlação entre a formação VIH e o nível de competências relativamente à infeção por VIH. Efetivamente para cada dimensão e no global da escala quem apresenta formação específica em VIH é quem ostenta maior nível de competências com correlação estatisticamente significativa. Logo há diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com formação prévia e sem formação prévia em infeção por VIH relativamente à sua perceção de competência face a esta infeção ($p=0,001$).

Do total da amostra, 88 participantes referem ter formação específica em infeção por VIH e 37 participantes refere não ter formação específica face à infeção por VIH.

Tabela 10 - Estatísticas de teste com variável de agrupamento: "Formação em VIH"

Itens/dimensões/global da escala	Valor Médio Com formação	Valor Médio Sem formação	Z	Sig. (p)
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	---	----------

4. Realizo intervenções de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os meus utentes para a infeção por VIH	66,86	53,82	1,870	0,062
19. Sinto-me capacitado (a) para promover a adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis	69,33	47,95	3,076	0,002
13. Faço avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade	65,65	56,70	1,291	0,197
12. Na realização do teste rápido VIH, explico os procedimentos e as estratégias a desenvolver caso o resultado do mesmo seja positivo	67,83	51,51	2,337	0,019
17. Quando o teste rápido VIH tem resultado reativo, desenvolvo intervenções que visem sensibilizar o utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais)	66,80	53,97	1,834	0,067
3. Sinto-me capacitado (a) para desenvolver estratégias de controlo da infeção por VIH	71,51	42,76	4,147	0,000
10. Tenho conhecimento que o aconselhamento está inerente à realização de teste VIH/SIDA	70,01	46,32	3,448	0,001
16. Sinto-me capacitado (a) para transmitir um resultado de teste VIH reativo	67,95	51,23	2,388	0,017
11. Disponho de tempo para realizar aconselhamento inerente à realização de teste rápido para a infeção por VIH	64,60	59,20	0,769	0,442
14. Quando o utente demonstra relutância em realizar o teste, estímulo a expressão dos seus sentimentos	68,56	49,78	2,476	0,013
18. Tenho conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção VIH	66,78	54,01	1,822	0,068
15. Após teste com resultado negativo para a infeção por VIH, avalio eventuais falsas percepções de imunidade por parte do utente, reforçando as diferentes estratégias de prevenção combinada	68,12	50,82	2,476	0,013
6. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PPE)	66,49	54,70	1,680	0,093
5. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PREP)	66,89	53,76	1,871	0,061
1. Tenho conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no meu ACeS	64,95	58,36	0,943	0,346
2. Tenho conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH	69,44	47,68	3,133	0,002
9. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de Tuberculose, a realização de teste rápido VIH	68,22	50,58	2,518	0,012

7. Proponho a realização do teste rápido para a deteção da infeção por VIH a todos os meus utentes	66,98	53,53	1,923	0,055
8. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis, a realização de teste rápido VIH	66,06	55,73	1,473	0,141
Dimensões				
D1- Competências ao nível da prevenção e redução das complicações da infeção VIH	68,83	46,76	3,254	0,001
D2- Competências relacionadas com a execução do teste rápido VIH	68,26	50,49	2,507	0,012
D3- Conhecimentos em epidemiologia, profilaxia e normas	68,01	51,08	2,389	0,017
D4- Competências de promoção de realização do teste rápido VIH	67,98	51,55	2,377	0,017
Global escala	69,73	47,00	3,202	0,001

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo realizado permitiu a construção e validação de um instrumento de colheita de dados com o intuito de avaliar a percepção de competência dos enfermeiros de CSP face ao controlo da infeção por VIH, com quatro dimensões relativas às Competências ao nível da prevenção e redução das complicações da infeção por VIH (D1), relacionadas com a execução do teste rápido VIH (D2), aos conhecimentos em epidemiologia, profilaxia e normas (D3) e às competências de promoção de realização do teste rápido VIH (D4), assim como atestar a sua validade interna e fidelidade ($\alpha = 0,936$), favoráveis aos objetivos da sua construção, permitindo a sua aplicação em contextos semelhantes.

A amostra deste estudo vai ao encontro aos dados estatísticos nacionais da OE, através dos quais constatamos que na ARS Norte, dos 24294 enfermeiros ativos, 20179 correspondem ao género feminino OE (2018a). Contrariamente, face aos resultados do estudo onde cerca de metade da amostra refere não possuir título de Enfermeiro Especialista atribuído pela OE, estes, mostram-se pouco consonantes com o contexto nacional, uma vez que, de acordo com os dados estatísticos da OE (2018a), se verifica que a maioria dos profissionais no ativo não detém o título de enfermeiro especialista (74,7%; n=55273), existindo apenas 25,3% (n=18682) enfermeiros especialistas.

Constata-se que, face à formação dos profissionais em Infeção por VIH, a maioria refere ter tido formação prévia em infeção por VIH, nomeadamente em contexto de formação em serviço. Estes dados vão de acordo ao estipulado no relatório da ARS Norte (2016), onde estão preconizados um conjunto de estratégias para a implementação dos testes rápidos para deteção da infeção por VIH/Sida nos CSP, nomeadamente face à realização de recorrentes ações de formação sobre a temática, enfatizando a deteção precoce desta infeção, nomeadamente através do teste rápido neste contexto. Estes processos formativos são geradores de ambientes adequados e propícios ao desenvolvimento do profissional, e influenciando a qualidade dos cuidados prestados ao utente (Bones Rocha et al., 2016; Feldacker et al., 2017).

No que se reporta à percepção da competência, conforme o primeiro objetivo, verificamos que face aos itens com bons níveis de competência, nomeadamente a realização de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os utentes para esta infeção é de extrema importância, considerando que permite uma maior literacia por parte do utente, e consequentemente vai influenciar num início da TARV precocemente, descontinuando a transmissão do vírus, assim como obter rápida supressão viral,

restringindo a dimensão do reservatório VIH latente, principal barreira para a cura do VIH, conservando assim o sistema imunológico do utente (Muccini et al., 2019).

Também face ao item com um bom nível de competência, relacionado com a capacitação do enfermeiro de família para a promoção da adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis revela concordância com a atual conjuntura económica, o desconhecimento, o receio do estigma e do preconceito, onde o utente experiencia um conjunto de emoções que podem conduzir ao comprometimento de todo o processo de referenciação e encaminhamento hospitalar assim como a sua adesão ao regime terapêutico (Souza & Freitas, 2012; Maek-a-nantawat et al, 2014).

Realça-se o bom nível de competência dos profissionais no concerne à competência do enfermeiro de família face a avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade, pois Bott et al. (2015) referem o receio sentido pelos enfermeiros face à melhor postura e modo comunicacional a adotar, as complexidades em abordar tais temas mais subjetivos e íntimos, levam a que se descurem o esclarecimento de dúvidas, ou medos por parte do utente. Analogamente, Martinez Sanz et al (2019), afirmam a necessidade para a capacitação do enfermeiro no sentido de garantir uma adequada literacia, reduzindo algumas das barreiras ao rastreio desta infeção, como a dificuldade em abordar temas como a sexualidade e consequentemente aumentar o número de utentes com conhecimento do seu estatuto serológico.

Tal como Figueiredo (2012) afirma, a prestação de cuidados ao indivíduo e sua família, em todas as fases da vida, por parte do Enfermeiro de Saúde Familiar, implica uma significativa interação interpessoal e terapêutica entre o enfermeiro e o indivíduo ou família (Figueiredo, 2012), onde através de uma efetiva relação entre o utente e o profissional de saúde, assuntos como a sexualidade, particularmente face à orientação sexual e práticas relacionadas com esta, são mais facilmente exploradas (Maek-a-nantawat et al.,2014).

Atendendo ao facto que a maioria dos diagnósticos realizados em 2017 a nível nacional, correspondem à transmissão por via sexual (96,8%) sendo que em 65,2% dos casos, a infeção era assintomática (INSA, 2018) torna-se evidente a necessidade de abordar a temática da sexualidade em qualquer contexto de saúde. Assim, especificamente na situação dos CSP, cabe aos diversos profissionais a capacitação dos utentes, através de efetivos momentos de educação para a saúde, atendendo sempre às especificidades de cada população, objetivando melhores comportamento de saúde (OMS 2018), sendo os nossos resultados motivadores no que se referem à consciencialização dos enfermeiros sobre a educação para a saúde em geral, e as questões do âmbito da sexualidade em particular.

No que se reporta ao bom nível de competência dos enfermeiros no item relativo ao esclarecimento ao utente, sobre os procedimentos e estratégias a desenvolver caso o resultado do teste rápido para a infeção por VIH, demonstra que estes profissionais estão sensibilizados para o aconselhamento prévio ao teste, onde o profissional deve procurar entender o que levou o utente a recorrer ao serviço, através de uma efetiva avaliação e perceção de risco face à conduta comportamental do utente, bem como devem ser esclarecidas quais as implicações do resultado do teste, quais as ações intrínsecas à realização de todo o procedimento, assim como quais os procedimentos a seguir em caso de resultado reativo (DGS 2014a; ARS Norte 2017; ECDC, 2018).

Sobre os bons níveis de competência relacionados com a capacitação para o desenvolvimento de estratégias de controlo da infeção por VIH, Martinez Sanz et al. (2019) corroboram referindo que a falta de capacitação e prática de rastreio, é apontada como a principal preocupação entre os profissionais de saúde dos CSP, enfatizando a importância do desenvolvimento de programas educacionais direcionados às possíveis estratégias de controlo da infeção por VIH.

Relativamente ao item sobre a inerência do aconselhamento no processo de realização de teste para a infeção por VIH, este assume-se como parte essencial do processo de rastreio na medida em que, segundo Souza & Freitas (2012), é encarado como prática decisiva no controlo e prevenção da infeção por VIH no contexto dos CSP, onde através da disponibilização de esclarecimentos adequados antes e após o teste, assume resultados efetivos (ECDC, 2018). Este é também, pela sua excelente relação custo-efetividade, encarado como estratégia de combate a esta e outras IST's, (Leta, Sandoy & Fylkesnes, 2012).

Relativamente ao bom nível de competência demonstrado acerca da avaliação face a eventuais falsas perceções de imunidade por parte do utente, sugere a capacidade dos enfermeiros de minimizarem o risco de o utente ser incapaz de reconhecer, avaliar ou admitir o seu risco para a infeção por VIH, os latentes estigma e discriminação, ainda conectados a esta infeção, as preocupações com os efeitos adversos provocados pelo regime medicamentoso tornam-se fatores dificultadores do processo de rastreio (Muccini et al., 2019).

No concerne ao item face ao conhecimento, do profissional, relativo às normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH, este torna-se relevante na medida em que para o controlo efetivo da infeção por VIH, o profissional deve manter uma capacitação profissional, alicerçada por programas específicos fundamentados pelo conhecimento baseado em evidência científica (OMS, 2018).

Um efetivo conhecimento relativamente à infeção por VIH assim como face às suas estratégias de controlo evita atitudes providas de estigma e discriminação por parte dos profissionais de saúde (Alzahrani et al., 2019).

No que se reporta aos itens com suficientes níveis de competência, nomeadamente o desenvolvimento de intervenções que visem sensibilizar o utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais) quando o teste rápido tem resultado positivo, assume-se que o aumento desta competência, seria relevante, considerando que uma atuação efetiva ao nível dos cuidados no controlo desta infeção não se minimiza à preocupação pela saúde individual mas também pelo estatuto de quem rodeia o individuo que vive com infeção por VIH, nomeadamente os seus parceiros sexuais (CDC, 2015) evitando assim a transmissão a terceiros.

Através do estudo realizado por Maek-a-nantawat et al (2014), observa-se que persiste, todavia, uma falta de perceção sobre a correlação existente entre o diagnóstico e o início precoce do regime terapêutico antirretroviral (TAR) como estratégias preventivas da transmissão do VIH aos parceiros sexuais.

Torna-se assim essencial uma capacitação consistente e permanente, fundamentada nas competências específicas do enfermeiro a fim de executar uma abordagem metódica, orientada e aprovada pelas necessidades de cada individuo. Só assim, se poderá garantir que todos os profissionais de saúde estejam providos das competências adequadas para concretizar os objetivos propostos pela OMS (Mngqibisa et al., 2017; Solomons et al., 2019; UNAIDS, 2018).

Face ao item relativo ao nível de competência face a capacitação para transmitir um resultado de teste VIH reativo, no qual a amostra do estudo demonstra um nível suficiente de competência, ainda que positivo, a necessidade de aumentar o nível desta competência revela-se essencial na medida em que se torna necessária não só a sua capacitação, como também a atenção ao equilíbrio emocional do profissional sujeito à complexidade de transmitir um diagnóstico crónico (Fialho, Oliveira & Silva, 2018) assim como, tal como referem Stewart et al. (2000) quando não estou confiante na minha competência perante determinada temática, isso pode inibir a minha ação ou iniciativa enquanto profissional.

No que concerne ao item relativo ao nível suficiente de competência na disponibilidade de tempo para a realização de aconselhamento inerente à realização, está em concordância com Souza & Freitas (2012) que salientam que face à atual conjuntura relacionada à falta de recursos humanos nas diferentes unidades, onde os profissionais no ativo têm de assumir cuidados suplementares aos estipulados e onde o tempo para os implementar escasseia, o rastreio da infeção por VIH está vulgarmente distante das orientações previstas pelo Ministério da Saúde, tornando-se numa rotina protocolada através da qual se prioriza o procedimento em detrimento das necessidades do utente, favorecendo a falta de literacia deste face à infeção por VIH, instigando medos e preconceitos que nada facilitarão o controlo desta infeção.

O suficiente nível de competência face ao estímulo da expressão dos sentimentos do utente, por parte do profissional, perante uma atitude de relutância relativamente à realização do teste, traduz-se como fundamental no sentido de que é assumida a importância do aconselhamento que, para além de constituir um momento de literacia face à infeção, constitui para o profissional num benéfico momento de orientar e estimular o utente a expressar o que sabe, pensa e sente (Barbosa et al, 2015), reforçando a necessidade de melhores comportamentos de saúde (ARS Norte, 2017), parecendo desta forma essencial o desenvolvimento de estratégias terapêuticas consonantes à expressão de sentimentos e emoções.

Relativamente ao item face ao conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção por VIH, como referem Stewart et al. (2000) a noção de competência abrange não só aquilo que o profissional pode e consegue fazer, mas também a vertente do apoio, interação e colaboração com outros profissionais. Assim cabe ao Enfermeiro de família, almejando a melhor prestação de cuidados às famílias, mobilizar os recursos necessários através da articulação com outras equipas de saúde (OE, 2018) onde através da colaboração intersectorial ao nível das comunidades e no âmbito dos diferentes profissionais, esta parceria assume um papel decisivo na dinâmica dos cuidados ao utente e às famílias (OMS, 2018).

Corroborando os resultados deste estudo, Bristowe et al. (2019) assumem que perante um utente com infeção por VIH, torna-se importante uma visão holística, longe da anterior e insuficiente visão biomédica. Uma maior implicação e comunicação entre os distintos serviços torna-se assim tão fundamental como a capacitação do utente para a infeção por VIH.

Perante o elevado número e multiplicidade de utentes com real vulnerabilidade e risco de coinfeção nomeadamente por VIH, TB e outras infeções transmitidas por via sexual e parentérica, é proposto, promover e agilizar, cada vez mais, efetivas ações intersectoriais, onde através da coadjuvação entre os distintos organismos se alcancem ganhos em saúde das comunidades e dos indivíduos, face ao controlo dessas infeções (DGS, 2017).

Segundo a DGS, assume-se assim como compromisso, a implementação de uma ação associada entre o “governo, profissionais de saúde, investigadores, organizações da sociedade civil, comunidades de pessoas infetadas e afetadas por VIH, TB e outras coinfeções transmitidas por via sexual ou parentérica” (DGS, 2017, p.11), no sentido de informar sobre os diferentes modos de transmissão e evolução da infeção por VIH, TB e outras coinfeções (DGS, 2017).

No que concerne ao item face ao conhecimento sobre a PPE, esta traduz-se fundamental na medida em que esta é encarada como uma das estratégias estruturadas para o controlo da infeção por VIH que consiste num tratamento durante um período de 28 dias, com medicamentos antiretrovíricos, iniciado, idealmente nas duas primeiras horas e nunca

depois das 72 horas após a exposição ao VIH, com o objetivo de evitar a infeção por VIH (Kaplan et al. 2015; CDC, 2016) podendo provocar efeitos secundários, tais como, a diarreia, enxaquecas, náuseas, vômitos e fadiga (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2011) estando disponível em esquemas muito eficazes que podem ser iniciados, até às 72 horas após a exposição ao vírus (Antunes & Maltez, 2018) devendo ser usada de um modo isolado e excecional (Jorge, 2016).

A capacitação dos profissionais neste sentido torna-se fundamental face aos indivíduos que, num contexto de saúde familiar declarem exposições frequentes e recorrentes acarretando esquemas sequenciais ou quase contínuos de PPE, como o caso dos parceiros sexuais serodiscordantes e que consistentemente não protegem os contactos sexuais ou utilizadores de drogas injetáveis que comumente partilham o material de consumo, devendo estes ser avaliados pelo profissional de saúde no sentido de educar o utente para melhores comportamentos de saúde no sentido da redução de danos e custos, ou avaliar a possibilidade de este ser encaminhado para consulta de PrEP com prescrição de esquemas terapêuticos orais diários (CDC, 2016).

Igualmente importante assume o item face ao conhecimento dos profissionais relativamente à PrEP como estratégia de prevenção combinada para pessoas que não estando infetadas pelo VIH, apresentam elevado risco de aquisição deste vírus (OMS, 2015). Esta é uma estratégia através da qual, em consonância com comportamentos sexuais e consumos intravenosos seguros, se confirma de relevante e eficaz impacto no controlo e eliminação da infeção (DGS, 2018; UNAIDS 2018).

Foi demonstrado que, nomeadamente em casais serodiscordantes, a terapêutica antirretroviral diminui a transmissão do vírus (Roger et al., 2016) pelo que os profissionais devem estar capacitados a fim de identificar e realizar educação para a saúde a todos os candidatos à PrEP (DGS 2018a).

Contudo, um dos principais receios em relação à implementação e ao impacto epidemiológico da PrEP é de que, a sua implementação leve a um decréscimo do uso do preservativo e, concludentemente, a um aumento de IST's (Escobar et al, 2015).

No que respeita ao item face à proposta, por parte do profissional ao utente, de realização de teste rápido VIH a todos os utentes que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de TB, onde a amostra manifesta um suficiente nível de competência, revela-se essencial a melhoria do nível de competência na medida em que a DGS, espelhando a estratégia a nível global, preconiza uma atitude holística e abrangente de evitar tratar as doenças de forma exclusiva, salientando a importante realização de protocolos onde é assumida a associação entre o rastreio para a TB aos utentes com VIH (UNAIDS 2018a; DGS, 2017) num contexto onde o rastreio da infeção por VIH em 90% dos doentes com diagnóstico de tuberculose é assumido como um dos objetivos de saúde do Programa Nacional para a Tuberculose para 2020 (DGS, 2017).

Realmente, torna-se basilar a proposta de realização de teste rápido para a infeção por VIH, por parte do profissional, a todos os seus utentes, tendo os participantes apresentado nível suficiente de competência, na medida em que, num panorama onde a percentagem de pessoas que vive sem conhecimento do seu estatuto serológico é elevada, assim como onde grande parte dos diagnósticos são realizados tardiamente (DGS, 2018), surge a necessidade de uma maior capacitação do enfermeiro relativo ao seu essencial papel na promoção e normalização do rastreio desta infeção (Ribeiro & Sacramento, 2014; ECDC, 2018; Martinez Sanz et al., 2019) partindo sempre do pressuposto assumido pela UNAIDS (2018) de que o conhecimento do estado serológico é reconhecido como o primeiro passo para uma futura boa adesão ao regime terapêutico desta infeção.

Efetivamente, os enfermeiros de família, sendo um grupo profissional com elevado nível de contato com os utentes, admitem um papel fundamental, não só perante os cuidados prestados às pessoas que vivem com VIH, mas fundamentalmente ao nível da prevenção e do diagnóstico daqueles que ainda não conhecem o seu estatuto serológico, assim como perante a avaliação e deteção de comportamentos de risco (Martinez Sanz et al., 2019).

Relativamente ao item face à proposta, por parte do profissional ao utente, de realização de teste rápido VIH a todos os utentes que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras ISTs, traduz-se numa estratégia efetiva de intervenção preventiva (Maek-a-nantawat et al., 2014) e recomendação específica do CDC (2015) para a realização do rastreio para a infeção por VIH na medida em que é reconhecido em casos de ISTs, como a sífilis, a gonorreia e a clamídia como marcadores de risco para a transmissão do VIH (Zetola et al 2009; Ng et al., 2013), por isso surge a necessidade de estratégias, intervenções e recursos para aumentar o nível de competência dos profissionais.

Salienta-se o insuficiente nível de competência demonstrado pela amostra, nomeadamente o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no Aces do profissional, pois este conhecimento é essencial na medida em que como referem Almeida (2011) e Camargo, Capitão & Filipe (2014), ao longo dos anos esta infeção foi sofrendo uma constante alteração do perfil epidemiológico, onde inicialmente estava conectada a populações de risco, e atualmente é transversal a toda a população, independentemente dos grupos ou perfis sociodemográficos.

Através dos dados epidemiológicos nacionais constata-se que Portugal mantém uma incidência de 8,6 casos por 100 000 habitantes afirmando-se como uma das mais elevadas taxas de incidência, no contexto da União Europeia (DGS, 2018).

De facto, esta infeção mantém-se como um importante problema de saúde pública, especificamente no distrito do Porto, onde, durante 2017, foi reportada uma taxa de novos casos de 9,1% por 100 000 habitantes (INSA, 2018). No panorama da região Norte, no mesmo ano foram notificados 247 novos casos de infeção por VIH, correspondendo a uma taxa de diagnóstico de 6,9 por 105 habitantes, sendo que destas notificações, 50

(1.4% por 105/habitantes), corresponderam a um estadio com doença definidora de SIDA. Facto este que denota a problemática do diagnóstico tardio, revelados pela proporção de 20,24% correspondente aos novos casos de infeção por VIH com diagnóstico SIDA (ARS Norte, 2017a).

No que se reporta ao objetivo deste estudo relativo à identificação da relação entre ter formação sobre a Infeção por VIH e a perceção de competências dos enfermeiros no controlo da Infeção por VIH, verificamos que estes apresentam, uma correlação estatisticamente significativa em todos os itens da escala, entre a presença prévia de formação face à infeção por VIH e o nível de competências relativamente à mesma infeção, concluindo-se que para cada dimensão, assim como referente à globalidade da escala, os indivíduos que apresentam formação específica em infeção por VIH, ostentam um maior nível de competências, corroborando as medidas da ARS Norte (2016), que preconiza um conjunto de estratégias para a implementação dos testes rápidos de infeção por VIH nos CSP, nomeadamente face à realização de recorrentes ações de formação sobre a temática, através de processos formativos constantes, atualizados, que vão influenciar um melhor desenvolvimento profissional, influenciando assertivamente os cuidados prestados aos utentes (Bones Rocha et al., 2016; Feldacker et al., 2017).

CONCLUSÃO

Como disciplina do conhecimento e do exercício prático, a Enfermagem, deve alicerçar os seus procedimentos em evidências científicas operacionalizáveis que suportem não só a avaliação das necessidades dos utentes, como dos profissionais. Só assim, se pode objetivar a implementação de cuidados de qualidade originando resultados efetivos decorrentes dessas mesmas intervenções.

Sendo a infeção por VIH, uma prioridade constante no panorama de saúde nacional e internacional, assumindo os CSP como a principal porta de entrada para o SNS, aliado ao facto de não existir em Portugal nenhum instrumento capaz de avaliar a perceção de competências dos enfermeiros, em contexto de CSP, no controlo da Infeção por VIH, fez com que este estudo fosse concretizado e requeresse construir e validar uma escala com as características e propósitos supramencionados.

O enquadramento teórico baseou-se na descrição e aprofundamento desta que é uma problemática da sociedade atual, passando para a exposição da temática no contexto dos CSP, realçando quais as implicações no indivíduo, na família, mas também nos profissionais e quais as competências de atuação perante o controlo desta infeção.

O processo de construção da escala, passou, em primeiro lugar pelo relevante contributo dado pelos peritos, que através da sua experiência no controlo da infeção por VIH contribuíram para a compreensibilidade dos itens dispostos, assim como pela literatura acerca da construção de escalas em saúde, e pelo tributo imprescindível dos enfermeiros que permitiram verificar a compreensibilidade dos itens propostos.

Deste trabalho, foi construído um instrumento composto por duas partes: a primeira que integrava questões que se propunham caracterizar a amostra relativamente a aspetos sociodemográficos dos profissionais, e a segunda composta por uma escala de 19 itens para avaliação do nível de perceção de competências dos enfermeiros, em contexto de CSP, no controlo da Infeção por VIH.

A escala apresenta uma variância explicada de 47,5%. O estudo realizado permitiu assegurar assim a validade interna e a fidelidade do instrumento, obtendo-se coeficientes na análise fatorial e na análise de consistência interna, através de um coeficiente α de Cronbach (0,936) admitindo uma boa consistência interna.

Tendo presente que os valores poderão oscilar entre 1 e 7, pode referir-se que os enfermeiros dos CSP apresentam um bom nível de competência face ao controlo da infeção por VIH.

Observamos que a escala exhibe boas propriedades psicométricas, mostrando-se um instrumento com 4 dimensões, a Dimensão 1 relacionada com as competências ao nível da educação para a saúde e capacitação do utente face à infeção por VIH; Dimensão 2 relativa às competências relacionadas com a realização do teste rápido para a infeção por VIH; Dimensão 3 referente aos conhecimentos em epidemiologia, profilaxia e normas para a infeção por VIH e Dimensão 4 no que respeita às competências de promoção face à realização do teste rápido para a infeção por VIH. Estas dimensões traduzem-se de rápida e fácil aplicação, podendo este ser utilizado como instrumento de avaliação da perceção das competências dos enfermeiros dos CSP face ao controlo da infeção por VIH, contribuindo deste modo para a melhoria dos cuidados prestados.

Futuramente, seria instigador testar a ECAPC-VIH_CSP junto de uma amostra de maior dimensão assim como em contextos distintos, averiguando, através da análise fatorial confirmatória, a determinação da validade prática ou preditiva da ECAPC-VIH_CSP.

Seria também aliciante identificar diferenças entre outras variáveis, como por exemplo entre Enfermeiros a exercer funções em USF e Enfermeiros a exercer funções em UCSP, ou Enfermeiros especialistas e Enfermeiros de cuidados gerais, ou mesmo idear a monitorização dos processos formativos e supervisivos de aplicação num momento pré e pós formação conduzindo a estudos quase experimentais e a possibilidade de experimentais, com as variáveis descritas.

Os resultados deste estudo, reiteram a relevância da formação no âmbito de uma capacitação constante face às estratégias, conhecimentos e recursos disponíveis face à infeção por VIH.

Neste sentido, acredita-se que, através da identificação de áreas prioritárias de intervenção chave no domínio do controlo da infeção por VIH, este instrumento seja capaz de auxiliar na orientação da oferta formativa, objetivando atualizar as competências dos enfermeiros, assim como promover uma articulação com qualidade e segurança entre os diferentes contextos de prestação de cuidados.

Através da aplicação da ECAPC-VIH_CSP, o enfermeiro será capaz de refletir face à sua perceção de competência no controlo da infeção por VIH no seu contexto de trabalho assim como se apresentara como uma ferramenta dos órgãos de gestão para avaliar de forma precisa e concisa quais os fatores/dimensões que devem ser trabalhados.

Face aos resultados obtidos, a versão final da ECAPC-VIH_CSP serve aos enfermeiros como um instrumento de diagnóstico face à perceção das suas competências no controlo da

infecção por VIH. Através da aplicação desta, o enfermeiro é capaz de perceber em que nível de competência se encontra adequando a sua intervenção e/ou conhecimento.

Esta investigação pretende ser um contributo para a clarificação das perceções face às estratégias implementadas pelos enfermeiros no controlo da infecção por VIH no contexto dos CSP, auxiliando estes profissionais a consciencializarem-se da sua relevância, contribuindo assim para a melhoria da qualidade do exercício profissional em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2012). *Referenciais de Competências e de Formação contínua para o domínio da infeção VIH/SIDA*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (ACSS,I.P.).

Administração Regional de Saúde do Norte [ARS Norte]. (2016). *Manual de Procedimentos. Detecção Precoce da Infeção por VIH/Sida - Testes Rápidos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Administração Regional de Saúde do Norte [ARS Norte]. (2017). *Manual de Procedimentos - Centros de Aconselhamento e Detecção da Infeção VIH*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Administração Regional de Saúde do Norte [ARS Norte]. (2017a). *Infeção VIH/ Sida Região Norte - Relatório 2017*. ARS Norte - Departamento de Saúde Pública Programa Regional para a Infeção VIH/Sida. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Administração Regional de Saúde do Norte [ARS Norte]. (2018). *A tuberculose na região de saúde do Norte Resultados definitivos 2016*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Alexandre, E. & Coluci, M. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciências & Saúde Coletiva*,. 16(7), 3061-3068. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_abstract&tlng=pt

Almeida, F. (2011). *VIH/SIDA: Narrativas de Homens Homossexuais com mais de 50 anos* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde). Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8721/1/249794a.pdf>

Alzahrani, H., Awadalla, N., Hadi, R., AlTameem, F., Alkhayri, M., Moshebah, A., ..., Mahfouz, A. (2019). Knowledge, Attitude and Practice of Health Care Workers Towards HIV Patients at Primary Health Care level in southwestern Saudi Arabia: Twenty-five years after the initial report. *World Family Medicine/Middle East Journal of Family Medicine*, 17 (6). doi: 10.5742/MEWFM.2019.93653

Anderson, P., Kiser, J., Gardner, E., Rower, J., Meditz, A., & Grant, R. (2011). Pharmacological considerations for tenofovir and emtricitabine to prevent HIV infection. *J Antimicrob Chemother* 66, 240-250. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21118913>

Antunes, F. & Maltez, F. (2018). *Manual sobre Sida - 5ª Edição*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Associação Nacional das Farmácias [ANF]. (2008). Associação Nacional das Farmácias - Programa de Troca de Seringas nas Farmácias 1993-2008. Disponível em: http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile185.pdf

Barbosa, T., Gomes, L., Holzmann, AP., Batista De Paula, A. & Haikal, D. (2015). Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. *Acta Paul Enferm*, 28(6), 531- 538. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201500089>

Beck, C. & Polit, D. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Benner, P. (2012). Educating Nurses: A Call for Radical Transformation –How Far Have We Come?. *Journal of Nursing Education*, 51(4), 183-184. doi: 10.3928/01484834-20120402-01.

Bestard, C., Torres, V., Muñoz, N. & González, Y. (2019). Algumas considerações teóricas sobre o aconselhamento e apoio psicológico de pessoas com HIV/AIDS. *Revista Información Científica*, 98(1), 106-116. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v98n1/1028-9933-ric-98-01-106.pdf>

Bones Rocha, K., Grecco dos Santos, R., Conz, J. & Tittoni da Silveira, A. (2016). Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. *Saúde Debate*, 40(109), 22-33. doi: 10.1590/0103-1104201610902

Bones Rocha, K., Ew, R., Moro, L., Zanardo, G., & Pizzinato, A. (2018). Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 67-78. doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1597>

Bott, S., Neuman, M., Helleringer, S., Desclaux, A., El Asmar, K., Obermeyer, C. & MATCH Study Group (2015). Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. *Health Policy and Planning*, 30, 964-975. doi:10.1093/heapol/czu100

Branson, BM., Handsfield, HH., Lampe, MA., Janssen, RS., Taylor, AW., Lyss, SB., Clark, JE. & (CDC). (2006). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm*, 55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16988643>

Bristowe, K., Clift, P., James, R., Josh, J., Platt, M., Whetham, J., Nixon, E.,... Harding, R. (2019). Towards person-centred care for people living with HIV: what core outcomes matter, and how might we assess them? A cross-national multi-centre qualitative study with key stakeholders. *HIV Medicine*, 20, 542–554. doi: 10.1111/hiv.12758

Cabié, A., Bissuel, F., Huc, P., Paturel, L. & Abel, S. (2011). Impact of rapid HIV testing on the return rate for routine test results in sexually transmitted infection testing centres. *International Journal of STD & AIDS*, 22, 757 -758. Disponível em: <file:///C:/Users/ep7389/Downloads/articleldr-ijsa.pdf>

Camargo, L., Capitão, C., & Filipe, E. (2014). Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. *Psico-USF*, 19(2), 221-232. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019002013>

Campos, M. & Neto, J. (2009). Doenças crônicas não transmissíveis: Factores de risco e repercussão na qualidade de vida. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 33 (4), 561-581. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a006.pdf>

Castro, A., & Rezende, M. (2009). A TÉCNICA DELPHI E SEU USO NA PESQUISA DE ENFERMAGEM: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *Reme Rev. Min. Enferm*, 13(3), 429-434. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2015). *HIV Infection: Detection, Counseling, and Referral*. Disponível em <https://www.cdc.gov/std/tg2015/hiv.htm>.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2016). *Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV*. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2018). *US PHS Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV*. Disponível em file:///C:/Users/ep7389/Downloads/cdc_20711_DS1.pdf

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2018a). HIV101. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/factsheets/hiv101-consumer-info.pdf>

Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2011). *Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA*. Lisboa, Portugal. Disponível em: http://www.sermais.pt/media/86/File/Prevencao/Recomendacoes_2011.pdf

Cortés, J. (2019). Cambios significativos en el manejo y control del HIV/sida. *Biomédica*, 39(1). Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572019000500005.

Cunha, E., & Giovanella, L. (2011). Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1029-1042. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503452>

Curado, MJ., Teles, J. & Marôco, J. (2014). Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. *Rev Esc Enferm USP*, 48(1), 149-156. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-146.pdf.

Dancey, C; Reidy, J. (2006). *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Dantas, M., Abrão, F., Monteiro de Freitas, C. & Oliveira, D. (2014). Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. *Rev Gaúcha Enferm*, 35(4), 94-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45860>

Deeks, S., Lewin, S. & Havlir, D. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*, 382, 1525-1533. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613618097>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2014). Norma n.º 7, da DGS, de 16/06/2014, atualizada a 10/10/2014. Distribuição, nas Unidades de Saúde, de Material Preventivo da Transmissão por Via Sexual do VIH. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2014a). Norma da DGS n.º 058/2011, de 28/12/2011, atualizada a 10/12/2014. Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose 2017. Lisboa, Portugal. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Norma n.º 029/2017 de 29/12/2017 - Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1) no Adolescente e no Adulto. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). Infecção VIH e SIDA I Desafios e Estratégias 2018. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018a). Norma n.º 025/2017 de 28/11/2017 atualizada a 16/05/2018. Profilaxia de Pré-exposição da Infecção por VIH no Adulto. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018b). Programa “Diz não a uma Seringa em 2ª mão”. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2018). Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA - An integrated approach. *European Centre for Disease Prevention and Control*, Stockholm. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-testing-guidance_0.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2018a). HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 - 2017 data. *European Centre for Disease Prevention and Control*, Copenhagen. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2018-2017-data>

Engel, M., Vasconcelos Segundo, E. & Zannin, P. (2013). Statistical analysis of a combination of objective and subjective data concerning environmental noise using Factor Analysis and Multinomial Logistic Regression. *Stochastic Environmental Research & Risk Assessment*, 28(2), 393-399. doi: 10.1007/s00477-013-0759-1

Escobar, E., Durgham, R., Dammann, O., Stopka, T. (2015). Agent-based computational model of the prevalence of gonococcal infections after the implementation of HIV pre-exposure prophylaxis guidelines. *Online Journal of Public Health Informatics*, 7(3). doi: 10.5210/ojphi.v7i3.6104

Feldacker, C., Pintye, J., Jacob, S., Chung, MH, Middleton, L, Iliffe, J, & Kim, N. (2017). Continuing professional development for medical, nursing, and midwifery cadres in Malawi, Tanzania and South Africa: A qualitative evaluation. *PLoS One*, 12(10). doi: 10.1371/journal.pone.0186074

Fialho, N., Oliveira, G. & Silva M. (2018). Realização de Testes Rápidos de HIV por Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família (USF): Relato de Experiência. *XVI Colóquio Panamericano de Investigación em Enfermería*, Cuba 2018. Disponível em: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/1174/763>

Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures, Portugal: Lusociência.

Finstad, K. (2010). Response Interpolation and Scale Sensitivity: Evidence Against 5-Point Scales. *Journal of Usability Studies*, 5(3), 104-110. Disponível em: <https://uxpajournal.org/response-interpolation-and-scale-sensitivity-evidence-against-5-point-scales/>.

Fortin, M-F. (2000). *O Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Freire, T. & Almeida, L. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação 5ª edição*. Coleção: Investigação em Psicologia. Psiquilíbrios Edições.

Freixo, M. (2018). *Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas*. 5ª ed. Lisboa: Instituto Piaget Editora.

Garson, G. (2015). *Structural Equation Modeling*. G. David Garson and Statistical Associates Publishing. Asheboro, USA: G. David Garson and Statistical Associates Publishing

Gomes, A., Thiengo, P., Oliveira, D., Rodrigues, J. (2017). Social representation by health professionals of care for patients with HIV/AIDS. *Rev enferm UERJ*, 25, 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.22321>

Hair, Jr; Black, W. C; Babin, B. J; Anderson, R. E & Tatham, R. L. (2014). *Multivariate Data Analysis*. 7ª ed. New Jersey: Pearson Education Limited.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP. [INSA]. (2018). Infecção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (2018). *Harrison's Principals of Internal Medicine 20th Edition*. New York: McGraw-Hill Education.

Jones, M., & Cameron, D. (2017). Evaluating 5 years' NIMART mentoring in South Africa's HIV treatment programme: Successes, challenges and future needs. *South African Medical Journal*, 107(10), 839-842. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29022525>

Jorge, M. (2016). *Consulta de profilaxia pós-exposição a VIH: casuística da consulta do serviço de doenças infecciosas do Hospital de Santa Maria no período 2009 -2014*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29478/1/MariaLJorge.pdf>.

Kaplan J., Dominguez K., & Jobarteh K. (2015). Postexposure Prophylaxis Against Human Immunodeficiency Virus (HIV): New Guidelines From the WHO: A Perspective. *CID - Clinical Infectious Diseases*, 60(3), 196-199. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/e7d1/f6644f74e0cfe738d6da694a5484bd932226.pdf?_ga=2.15866422.1659781304.1562952848-308265116.1562952848.

Khurana, N., Yaylali, E., Farnham, P., Hicks, K., Allaire, B., Jacobson, E. & Sansom, S. (2018). Impact of Improved HIV Care and Treatment on PrEP Effectiveness in the United States, 2016-2020. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 78(4), 399-405. doi: 10.1097/QAI.0000000000001707

Krueger, R. & Casey, M. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research*. 4ªEd. Thousand Oaks, California: Sage.

Laureano, R., & Botelho, MC. (2017). *IBM SPSS Statistics - O Meu Manual de Consulta Rápida*. 3ª ed. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.

Lawn, S., Kerkhoff, A., Burton, R., Schutz, C., Boule, A., Vogt, M., ... Meintjes, G. (2017). Diagnostic accuracy, incremental yield and prognostic value of Determine TB-LAM for routine diagnostic testing for tuberculosis in HIV-infected patients requiring acute hospital admission in South Africa: a prospective cohort. *BMC Medicine*, 15(67), 1-23. doi: 10.1186/s12916-017-0822-8.

Leonard, J. (2018). How does ART work? *Medical News Today*. Brighton Disponível em: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324013.php?iacp>

Leta, T., Sandoy, I. & Fylkesnes, K. (2012). Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 12, 438. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-438>.

Lobo, A. & Leal, MA. (2019). Comunicação de más notícias: a revelação do diagnóstico de HIV/Aids e seus impactos psicológicos. *CIAIQ - Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2*, 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2125>

Machado, S. (2012). Existential dimensions of surviving HIV: the experience of gay longterm survivors. *Journal of Humanistic Psychology*. Vol. 52 (1), 6-29. Doi: 10.1177/0022167810389049

Maek-a-nantawata, W., Phanuphak, N., Teeratakulpisarn, N., Pakam, C., Kanteeranont, T., Chaiyaa, O., ... Phanuphak, P. (2014). Attitudes toward, and interest in, the test-and-treat strategy for HIV prevention among Thai men who have sex with men. *AIDS Care*. 26(10), 1298-1302. doi: 10.1080/09540121.2014.911810.

Mansinho, K. (2005). *Manual Prático para a Pessoa com VIH*. Lisboa, Portugal: Permanyer.

Martinez Sanz, J., Perez Elias, MJ., Muriel, A., ... Moreno, S. (2019). Outcome of an HIV education program for primary care providers: Screening and late diagnosis rates. *PLoS ONE*, 14(7). Disponível em: https://figshare.com/articles/Dataset_Outcome_of_an_HIV_education_program_for_primary_care_providers_screening_and_late_diagnosis_rates/8160068/1

McCormack, S., Dunn, D.T., Desai, M.,... Gill, O.N. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*, 387, 53-60. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281744435_Pre-exposure_prophylaxis_to_prevent_the_acquisition_of_HIV-1_infection_PROUD_Effectiveness_results_from_the_pilot_phase_of_a_pragmatic_open-label_randomised_trial

Melo, R. (2011). *Estratégias Promotoras do desenvolvimento de Competências dos Dirigentes*. (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8535/1/Tese%20Doutoramento%20Rosa%20C%3a2ndida%20Melo.pdf>

Miller, W., Rosenberg, N., Rutstein, S. & Powers K. (2010). The Role of Acute and Early HIV Infection in the Sexual Transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS*, 5(4), 277-282. doi:10.1097/COH.0b013e32833a0d3a

Ministério da Saúde (2007). Decreto-Lei nº 298/2007, 22 de Agosto. Diário da República, 1.ª série, 161, 5587 - 5596.

Ministério da Saúde (2008). Decreto-lei nº 28/2008, 22 de Fevereiro. Diário da República, 1ª série, 38, 1182 - 1189.

Ministério da Saúde (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República, 1ª série, 149, 4069-4071.

Ministério da Saúde (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017, 21 de junho. Diário da República, 1ª série, 118, 3128 - 3140.

Mngqibisa, R., Muzigaba, M., Ncama, B., Pillay, S., & Nadesan-Reddy, N. (2017). Upskilling nursing students and nurse practitioners to initiate and manage patients on ART: An outcome evaluation of the UKZN NIMART course. *African Journal Health Professions Education*, 9(3), 153-158. doi:10.7196/AJHPE

Moscovici, S. (2011). *Psicologia das Minorias Ativas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes. Coleção: Psicologia Social.

Mostardt, S., Hanhoff, N., Wasem, J., Goetzenich, A., Schewe, K., Wolf, E., Mayr, C., Jaeger, H., Pfaff, H., Dupke, S., & Neuman, A. (2013). Cost of HIV and determinants of health care costs in HIV-positive patients in Germany: results of the DAGNA K3A Study. *Eur J Health Econ*, 14, 799-808 doi 10.1007/s10198-012-0425-4

Muccini, C., Crowell, T., Kroon, E., Sacdalan, C., Ramautarsing, R., Seekaew, P., Phanuphak, P., Ananworanich, J., Colby, D., & Phanuphak, N. (2019). Leveraging early HIV diagnosis and treatment in Thailand to conduct HIV cure research. *AIDS Research and Therapy*, 16(25). Disponível em: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-019-0240-4>.

Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11124>

Ng, R., Samuel, M., Lo, T., Bernstein, K., Aynalem, G., Klausner, J. & Bolan, G. (2013). Sex, Drugs (Methamphetamines), and the Internet: Increasing Syphilis Among Men Who Have Sex With Men in California, 2004 - 2008. *American Journal of Public Health*, 103(8), 1450-1456. doi: 10.2105/AJPH.2012.300808.

Ministério da Saúde (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017, 21 de junho. Diário da República, 1ª série, 118, 3128 - 3140.

OMS (2000). Regional Office for Europe. (2000). The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107930>

OMS (2018). A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

OMS (2019). *Tuberculose et VIH*. Disponível em: https://www.who.int/hiv/topics/tb/about_tb/fr/

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2009). Decreto-Lei n.º 111/2009. 16 de Setembro. Diário da República, 1.ª série, 180, 6528 - 6550

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2014). Decreto-Lei n.º 233/2014, 2 de dezembro. Diário da República, 2.ª série, 233, 30247 - 30254. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Decreto-Lei n.º 124/2015, 29 de junho. Diário da República, 2.ª série, 124, 17384 - 17391.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento nº190/2015. 23 de abril. Diário da República, 2.ª série, 79, 10087 - 10090.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Decreto-Lei n.º 135/2018, 16 de julho. Diário da República, 2.ª série, 135, 19354 - 19359.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Estatística de Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf.

Pallant, J. (2005). *SPSS SURVIVAL MANUAL: A step by step guide to data analysis using SPSS* (version 12). Australia: Allen & Unwin.

Passos, S., Oliveira, M., Gomes Júnior, S., & Silva, K. (2013). HIV rapid test counseling among parturient. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), 278-287. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/en_1415-790X-rbepid-16-02-00278.pdf.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para as Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 6ª Ed. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.

Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Reis, A., Lencastre, L., Guerra, M. & Remor, E. (2009). Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico - VIH (CEAT-VIH). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2), 175-191. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a02.pdf>

Ribeiro, P. (2008). A espiritualidade no doente crónico como uma estratégia de coping: narrativa de uma história de vida. *Rev. Referência*, 2(7), 21-31. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-2131.pdf>

Ribeiro, J. (2010) - *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª ed. Porto: Legis Editora.

Ribeiro, F., & Sacramento, O. (2014). A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal. *Saúde Soc. São Paulo*, 23(2), 510-522. doi 10.1590/S0104-12902014000200012

Royal College of Nursing [RCN]. (2010). *Guidance on safe nurse staffing levels in the UK*. London: Royal College of Nursing.

Samji, H., Cescon, A., Hogg, RS., Modur, SP., Althoff, KN., et al. (2013). Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*, 8(12), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0081355

Sanches, R., Souza, A. & Lima, R. (2018). Factors related to the development of stress and burnout among nursing professionals who work in the care of people living with HIV/aids. *Rev Fund Care Online*, 10(1), 276-282. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.276-282

Scarpato, A., Laus, AM., de Castro S., AL., Ignácio de Freitas, M., Gabriel, C. & Chaves, L., (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. *Revista Rene*. 13(1), 242-251. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980026>.

Semaielle, C., Cazein, F., Pillonel, J., Lot, F., Pinget, R., Desenclos, J., & Barin, F. (2008). Four years of surveillance of recent HIV infections at country level, France, mid 2003 - 2006: Experience and perspectives. *Euro Surveill*, 13(36). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18775291>

Silva, O., Tavares, L., & Paz, L. (2011). As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. *Enfermagem em foco*, 2(supl.), 58-62. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.nSUP.83>

Sloan, C., Champenois, K., Choisy, P., Losina, E., Walensky, RP., Schackman, BR... (CEPAC) investigators. (2012). Newer drugs and earlier treatment: impact on lifetime cost of care for HIV-infected adults. *AIDS*, 26(1), 45-56. doi: 10.1097/QAD.0b013e32834dce6e

Soares, P. & Brandão, E. (2012). O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão de literatura internacional, 1999-2011. *Saúde Soc. São Paulo*, 21(4), 940-953. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a13.pdf>

Solomons D., Van der Merwe, A., Esterhuizen T., Crowley, T. (2019). Factors influencing the confidence and knowledge of nurses prescribing antiretroviral treatment in a rural and urban district in the Western Cape province. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 20(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6620519/>.

Soto-Fuentes, P., Reynaldós-Grandón, K., Martínez-Santana, D., Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*, 14(1), 79-99. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n1/v14n1a08.pdf>

Souza, M., & Freitas, M. (2012). Aconselhamento em HIV/AIDS: representações dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 18-24. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/495>

Squire, C. (2010). Being naturalized, being left behind: the HIV citizen in the era of treatment possibility. *Critical Public Health*, 20(4), 401-427. doi: 10.1080/09581596.2010.517828

Stewart, J., O'Halloran, C., Barton, J., Singleton, S., Harrigan, P. & Spencer, J. (2000). Clarifying the concepts of confidence and competence to produce appropriate self-evaluation measurement scales. *Blackwell Science Ltd Medical Education*, 34(11), 903-909. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11107014>

Tabachnick, B.; Fidell, L. (2014). *Using multivariate analysis 6ª edição*. New Jersey: Pearson Education Limited.

Tesfaye, B., Alebel, A., Gebrie, A., Zegeye, A., Tesema, C. & Kassie, B. (2018) The twin epidemics: Prevalence of TB/HIV co-infection and its associated factors in Ethiopia; A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 13(10), 1-18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6169899/pdf/pone.0203986.pdf>

Trapero-Bertran, M. & Oliva-Moreno, J. (2014). Economic impact of HIV/AIDS: a systematic review in five European countries. *Health Economics Review*, 4(15), 1-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208918>

UNAIDS. (2018). UNAIDS DATA 2018. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>

UNAIDS (2018a). KNOWLEDGE IS POWER. KNOW YOUR STATUS, KNOW YOUR VIRAL LOAD. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2940_knowledge-is-power-report_en.pdf

Vilelas J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* 2ª Edição. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.

Zetola, N., Bernstein, K., Wong, E., Louie, B. & Klausner, J. (2009). Exploring the relationship between sexually transmitted diseases and HIV acquisition by using different study designs. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 50(5), 546-551. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680242/>

ANEXOS

Anexo I - Instrumento para análise dos peritos

Dada a inexistência de um instrumento que permita avaliar a percepção de competências dos enfermeiros, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), no controle da Infecção VIH/SIDA, revela-se pertinente a construção e validação de um instrumento com essas características.

Este estudo integra-se no projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”, inscrito no CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, no Domínio A _Formação & Desenvolvimento de Competências.

Solicitamos a sua colaboração na avaliação individual de cada item, que se encontram numerados e a negrito, considerando os seguintes critérios:

- Clareza/Concisão (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);
- Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição);
- Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção de competências dos enfermeiros no contexto dos CSP, no controle da infeção por VIH).

Para a avaliação dos itens face aos critérios supramencionados, utilize a escala de concordância:

Escala de Concordância
- 1 = Discordo
0 = Nem discordo/nem concordo
1 = Concordo

Caso assinale -1 e 0, por favor dê sugestões quanto às alterações que entender mais pertinentes ou realize a sua reescrever.

Agradecemos desde já toda a sua atenção e empenho. Contamos com a sua contribuição e estamos à disposição para esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Pela equipa de investigadores

mariaafigueiredo@gmail.com; joao.rodrigues@arsnorte.min-saude.pt; ilima@arsnorte.min-saude.pt;

Escala de Avaliação da Percepção de Competências dos Enfermeiros, em contexto de CSP no Controle da Infecção VIH/SIDA (ECAPC-VIH_CSP)

Sexo ☐ M ☐ F **Idade** ____ A **Estado civil** ☐ Solteiro ☐ Casado / União de Facto ☐ Separado/Divorciado ☐ Viúvo **Nível de escolaridade** ☐ Licenciatura ☐ Pós-Graduação ☐ Pós-Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento

Unidade Funcional ☐ USF ☐ UCSP

Formação em VIH

☐ Sim ☐ Não

Se Sim, há quanto tempo: ____m ____A

Tipo de Formação

☐ Seminário ☐ Formação em serviço ☐ Congresso ☐ Outro _____

	- 1	0	1
1. Tenho conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no meu ACeS			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
2. Tenho conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			

3. Sinto-me capacitado (a) para desenvolver estratégias de controlo da infeção por VIH			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, percetível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a perceção da competência do profissional face ao controlo da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
4. Realizo intervenções de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os meus utentes para a infeção por VIH			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, percetível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a perceção da competência do profissional face ao controlo da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
5. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PREP)			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, percetível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a perceção da competência do profissional face ao controlo da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
6. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PPE)			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, percetível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a perceção da competência do profissional face ao controlo da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
7. Proponho a realização do teste rápido para a deteção da infeção por VIH a todos os meus utentes			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, percetível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a perceção da competência do profissional face ao controlo da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestão:			
8. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, a realização de teste rápido VIH			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
9. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de Tuberculose, a realização de teste rápido VIH			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
10. Tenho conhecimento que o aconselhamento está inerente à realização de teste VIH/SIDA			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
11. Disponho de tempo para realizar aconselhamento inerente à realização de teste rápido para a infeção por VIH			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
12. Na realização do teste rápido, explico os procedimentos e as estratégias a desenvolver caso o resultado do mesmo seja positivo			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infecção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
13. Faço avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infecção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
14. Quando o utente demonstra relutância em realizar o teste, estímulo a expressão dos seus sentimentos			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infecção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
15. Após teste com resultado negativo para a infecção por VIH, avalio eventuais falsas percepções de imunidade por parte do utente, reforçando as diferentes estratégias de prevenção combinada			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infecção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
16. Sinto-me capacitado (a) para transmitir um resultado de teste VIH reativo			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infecção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
17. Quando o teste rápido VIH tem resultado reativo, desenvolvo intervenções que visem sensibilizar o			

utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais)			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
18. Oriento o utente para diferentes agentes da comunidade assim como com os diversos profissionais de saúde			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			
19. Sinto-me capacitado (a) para promover a adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis			
Clareza/ambiguidade (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semelhança com outros itens (não se confunde com os demais e não dá ideia de repetição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância para o construto (importância do item para avaliar a percepção da competência do profissional face ao controle da infeção VIH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestão:			

Pretendemos saber se considera que algum aspecto não foi considerado nos diversos itens <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, por favor dê a sua sugestão:

Anexo II - Solicitação de autorização para colheita de dados

Exma. Sr^a. Diretora Executiva
Do Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto V - Porto Ocidental
Sr^a. Dr^a. Carla Maria Morais Ferraz

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), investigadora responsável do Projeto de investigação internacional **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa para os cuidados de saúde primários**, sediado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) / Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), com carta de parceria estabelecida entre a ESEP e a Administração Regional De Saúde Do Norte I.P. (ARS Norte), no âmbito do protocolo de cooperação entre estas duas instituições, vem por este meio solicitar autorização para colheita de dados, no âmbito do estudo **Perceção de competências dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários no controlo da infeção VIH/SIDA: construção de instrumento de medida**, integrado no projeto supra mencionado.

Este estudo será realizado pelos investigadores Maria Henriqueta Figueiredo, João Manuel Fernandes Rodrigues (ARS Norte) e Inês Maria Novais Soares de Lima (ARS Norte).

O mesmo tem por finalidade construir um instrumento de colheita de dados que permita avaliar qual a perceção de competências dos enfermeiros, em contexto de CSP, no controlo da Infeção VIH/SIDA.

Para a validação deste instrumento, são necessárias as respostas dos enfermeiros que desenvolvem funções em Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), no sentido de analisar a confiabilidade e fidelidade do instrumento.

Neste sentido, solícito a V. Exa. que se digne autorizar a aplicação do instrumento referenciado, junto dos enfermeiros das USF e UCSP do vosso ACeS.

Propomos a sua aplicação online, através do seguinte link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_Jja77kMVhTgy8QcVG9qTrkqgazoYxPTcfvLKkj1JOiSt3g/viewform

Contamos desde já com a sua colaboração para reencaminhar este link para todas as equipas de enfermagem das unidades funcionais referenciadas.

Solicito a V. Exa a sua melhor atenção.

Agradecendo desde já vossa disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo

João Manuel Fernandes Rodrigues

Inês Maria Novais Soares de Lima

Contacto:

TLM: 969906571

e-mail: projetoVIH.ESEP@gmail.com

Anexo III - Instrumento de Colheita de Dados - versão final

Dada a inexistência de um instrumento que permita avaliar a percepção de competências dos enfermeiros, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), no controle da Infecção VIH/SIDA, revela-se pertinente a construção e validação de um instrumento com essas características.

Este estudo integra-se no projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”, inscrito no CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, no Domínio A _Formação & Desenvolvimento de Competências.

Durante o processo de investigação é garantida a confidencialidade dos dados e de toda a informação que permita identificar os participantes da mesma. Garante-se o direito de responder a quaisquer perguntas sobre a investigação e os seus objetivos. O material colhido não estará sujeito a comercialização e/ou disseminação que possa prejudicar os entrevistados ou o local de trabalho. Os dados colhidos serão mantidos pelo investigador principal por cinco anos após o que procederá à sua destruição. É compromisso do investigador manter os participantes informados, se assim o desejarem, sobre o desenvolvimento da Investigação e, após o seu término serão comunicados os resultados e partilhados os documentos produzidos.

Solicitamos a sua colaboração na resposta individual de cada item, assinalando a opção com que se identifica.

Desde já, agradecemos antecipadamente a sua participação e contributo.

Investigador Responsável do Projeto:

Maria Henriqueta Figueiredo henriqueta@esenf.pt

Investigadores responsáveis pelo estudo:

Inês Lima ilima@arsnorte.min-saude.pt;

João Rodrigues joao.rodrigues@arsnorte.min-saude.pt

Escala de Avaliação da Percepção de Competências dos Enfermeiros, em contexto de CSP no Controle da Infecção VIH/SIDA (ECAPC-VIH_CSP)

Sexo:

☐ M ☐ F ☐ outro

Idade:

____ A ____m

Unidade Funcional:

☐ USF ☐ UCSP

Habilitações académicas [assinalar o grau mais elevado]:

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

Habilitações profissionais:

Especialista (título atribuído pela OE) ☐ Sim ☐ Não

Se é detentor do título de enfermeiro especialista, especifique a área:

☐ Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária

☐ Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

☐ Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação

☐ Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

☐ Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

☐ Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Tempo de serviço na profissão: ____A / ____m

Tempo de serviço em CSP: ____A / ____m

Formação em VIH:

☐ Sim ☐ Não

Caso tenha formação em VIH, especifique o tempo (horas de formação): ____m ____A

Caso tenha formação em VIH, especifique o contexto:

☐ Formação em serviço

☐ Formação académica (em curso ou Unidades curriculares ministradas em instituições do ensino superior)

☐ Congresso (Seminários, workshop, etc)

☐ Outro _____

Considerando que 1 diz respeito a **nenhum** conhecimento, recurso ou intervenção e 7 significa **total** conhecimento, recurso ou intervenção, assinale com qual parâmetro se identifica.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Tenho conhecimento sobre o perfil epidemiológico da infeção por VIH no meu ACeS							
2. Tenho conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH							
3. Sinto-me capacitado (a) para desenvolver estratégias de controlo da infeção por VIH							
4. Realizo intervenções de educação para a saúde no sentido de informar e sensibilizar os meus utentes para a infeção por VIH							
5. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PREP)							
6. Tenho conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PPE)							
7. Proponho a realização do teste rápido para a deteção da infeção por VIH a todos os meus utentes							
8. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, a realização de teste rápido VIH							
9. Proponho a todos os utentes, que procuram a equipa de saúde para diagnóstico ou tratamento de Tuberculose, a realização de teste rápido VIH							
10. Tenho conhecimento que o aconselhamento está inerente à realização de teste VIH/SIDA							
11. Disponho de tempo para realizar aconselhamento inerente à realização de teste rápido para a infeção por VIH							
12. Na realização do teste rápido, explico os procedimentos e as estratégias a desenvolver caso o resultado do mesmo seja positivo							
13. Faço avaliação e intervenção ao utente, no que se refere aos comportamentos relacionados com a sua sexualidade							
14. Quando o utente demonstra relutância em realizar o teste, estímulo a expressão dos seus sentimentos							

15. Após teste com resultado negativo para a infeção por VIH, avalio eventuais falsas perceções de imunidade por parte do utente, reforçando as diferentes estratégias de prevenção combinada							
16. Sinto-me capacitado (a) para transmitir um resultado de teste VIH reativo							
17. Quando o teste rápido VIH tem resultado reativo, desenvolvo intervenções que visem sensibilizar o utente para informar o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais)							
18. Tenho conhecimento de parceiros sociais que deem apoio aos utentes com infeção VIH							
19. Sinto-me capacitado (a) para promover a adesão do utente com infeção por VIH a estilos de vida saudáveis							